



FECHA: _____ (2)

INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES: _____ (3)

UBICACIÓN DEL CONSULTORIO: (1)

ACTIVIDADES MÉDICAS

HORARIO: (4)

| DIA (5) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | Total | |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|------|
| CONSULTA ADULTOS (6) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (10) | |
| CONSULTA NIÑOS (7) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (11) |
| URGENCIAS (8) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (12) |
| MEDICAMENTOS (9) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (13) |

OBSERVACIONES: _____ (14)

FIRMA DEL MÉDICO
(15)

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

HORARIO:

| DIA (16) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | Total | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|------|------|
| CURACIONES (17) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (22) | |
| INYECCIONES (18) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (23) |
| TENSION ARTERIAL (19) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (24) |
| DESTROXTIX (20) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (25) |
| ADMN. DE MEDIC. (21) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (26) |

OBSERVACIONES: _____ (27)

FIRMA DE LA ENFERMERA
(28)

DESCRIPCIÓN DEL LLENADO

| No. CONCEPTO | SE DEBE ANOTAR |
|--------------------------------------|--|
| (1). Ubicación del consultorio: | El nombre y la ubicación donde se encuentra el consultorio que presenta el informe. |
| (2). Fecha: | El día, el mes y año en que se elabora el informe. |
| (3). Informe de actividades del mes: | El nombre del mes al que corresponde el informe. |
| (4). Horario: | El horario en que prestan sus servicios los consultorios del Servicio Médico Preventivo. |
| (5). Día: | El número de días en que se divide el mes marcando con una equis (x) los días no laborables. |
| (6). Consulta adultos: | El número de consultas realizadas a adultos en cada uno de los días laborados del mes que se informa. |
| (7). Consulta niños: | El número de consultas realizadas a niños en cada uno de los días laborados del mes que se informa. |
| (8). Urgencias: | El número de consultas urgentes realizadas en cada uno de los días laborados del mes que se informa. |
| (9). Medicamentos: | El número de medicamentos proporcionados a los pacientes atendidos en cada uno de los días laborados del mes que se informa. |
| (10). Total de consultas adultos: | La sumatoria de las consultas a adultos realizadas durante el mes que se informa. |
| (11). Total de consultas niños: | La sumatoria de las consultas a niños realizadas durante el mes que se informa. |

| | |
|---|---|
| (12). Total de urgencias: | La sumatoria de las consultas urgentes realizadas durante el mes que se informa. |
| (13). Total de medicamentos: | La sumatoria de los medicamentos otorgados durante el mes que se informa. |
| (14). Observaciones: | Los comentarios u observaciones que el médico considere pertinentes consignar. |
| (15). Firma del médico: | El nombre completo y firma del médico titular del consultorio que elabora el informe. |
| (16). Día: | El número de días en que se divide el mes, marcando con una equis (x) los días no laborables. |
| (17). Curaciones: | El número de curaciones realizadas por la enfermera durante el día. |
| (18) Inyecciones: | El número de inyecciones aplicadas por la enfermera durante el día. |
| (19). Tensión arterial: | El número de mediciones de la tensión arterial efectuadas por la enfermera durante el día. |
| (20). Destroxtix: | El número de mediciones de la glucosa efectuadas por la enfermera durante el día. |
| (21). Administración de medicamentos: | El número de medicamentos administrados por la enfermera durante el día. |
| (22). Total de curaciones: | La sumatoria de las curaciones aplicadas durante el mes que se informa. |
| (23). Total de inyecciones: | La sumatoria de las inyecciones aplicadas durante el mes que se informa. |
| (24). Total de tomas de tensión arterial: | La sumatoria de las tomas de tensión arterial realizadas durante el mes que se informa. |



- | | |
|--|--|
| (25). Total de las destroxtix: | La sumatoria de las tomas de glucosa realizadas durante el mes que se informa. |
| (26). Total de administración de medicamentos: | La sumatoria de la administración de medicamentos realizado durante el mes que se informa. |
| (27). Observaciones: | Los comentarios u observaciones que la enfermera considere pertinentes consignar. |
| (28). Firma de la enfermera: | El nombre completo y firma de la enfermera adscrita al consultorio que elabora el informe. |