



FECHA: _____

INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES: _____

UBICACIÓN DEL CONSULTORIO:

ACTIVIDADES MÉDICAS

HORARIO:

DIA	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																																	
CONSULTA NIÑOS																																	
URGENCIAS																																	
MEDICAMENTOS																																	

OBSERVACIONES: _____

FIRMA DEL MÉDICO

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

HORARIO:

DIA	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																																	
INYECCIONES																																	
TENSION ARTERIAL																																	
DESTROXTIX																																	
ADMN. DE MEDIC.																																	

OBSERVACIONES: _____

FIRMA DE LA ENFERMERA
