



**Dirección de Servicios Escolares**  
**Coordinación de Titulación, Servicio Social y Seguimiento a Egresados**

**1.- Datos del alumno**

**INFORME BIMESTRAL DE ACTIVIDADES**

Fecha de entrega:  Unidad Receptora:

Número de informe:  Tipo de unidad:

Matrícula:  Licenciatura:

Apellido Paterno:  Apellido Materno:

Nombre (s):

Mes que informa:

Las actividades que realizas durante tu servicio ¿están relacionadas con tu formación profesional?

Sí

No

¿Por qué?

¿Has tenido problemáticas durante el desarrollo de tu servicio social con tu unidad receptora?

Sí

No

Si en la pregunta anterior tu respuesta fue Sí, favor de detallar a continuación la problemática:



### DETALLE DE ACTIVIDADES 1/3

#### Actividades encaminadas al nivel de atención

##### *Sesiones de promoción de la salud*

Nombre de la plática

No. de asistentes

1.- \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_

4.- \_\_\_\_\_

5.- \_\_\_\_\_

**Sesiones académicas recibidas**

**Sesiones académicas impartidas**

#### Actividades administrativas

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Asistencia a cursos monográficos, talleres, diplomados y/o congresos *(fecha, lugar e institución)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DETALLE DE ACTIVIDADES 2/3**

**Registro Numérico** (registrar la cantidad de ocasiones que se realizó la actividad durante el periodo informado)

<b>Actividad</b>	<b>Número</b>
Baños	_____
Tendidos de Cama	_____
Administración de Medicamentos	_____
Ministración de Medicamento	_____
Somatometrías	_____
Medición de Signos Vitales	_____
Curaciones	_____
Glicemias Capilares	_____
Manejo de Inmunizaciones	_____
Toma de Papanicolaou	_____
Instalación de Sondas (nasogástrica y/o vesical)	_____
Aspiración de Secreciones	_____
Instalación de Venoclisis	_____
Exploración de Mama	_____
Control de temperatura por medios físicos	_____
Micronebulizaciones	_____
Fisioterapias Respiratorias	_____
Asistencia Medica	_____
Vendajes	_____
Circular Cirugías	_____
Instrumentar Cirugías	_____
Toma de tamiz	_____
Asistencia a Lactancia Materna	_____
Administración de Gastroclisis	_____
Alimentación Paraenteral	_____
Asistencia a Partos	_____
Monitoreo de Frecuencia Cardiaca Fetal	_____
Otras* (detallar en la siguiente hoja)	_____

**Actividades propias de CEYE**

---



---



---



---



## Instituto de Estudios Superiores Elise Freinet

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial  
Incorporado a la Secretaría de Educación Pública  
C.C.T. 13PSU0190Y

---

### DETALLE DE ACTIVIDADES 3/3

\*En caso de realizar otras actividades a las mencionadas en las listas anteriores, favor de indicarlas a continuación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### SUGERENCIAS DE MEJORA DEL SERVICIO

Si tienes algún comentario, queja y/o sugerencia de la coordinación, por favor anótalo:

---

*Nombre y firma del prestador*