

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

INFORME BIMESTRAL DE ACTIVIDADES

1.- Datos del alumno

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)

Nutrición clínica	
Actividades a realizar dentro de la unidad de salud	No. Veces
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de planes de trabajo 	_____
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de cronograma de actividades 	_____
<ul style="list-style-type: none"> • Censos de dietas dependiendo del turno. 	_____
<ul style="list-style-type: none"> • Pase de visita 	_____
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de gastroclisis. 	_____
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a familiares de pacientes con indicación de gastroclisis domiciliaria. 	_____
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a manejadores de alimentos en repartición de dietas a los pacientes internos. 	_____
<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración en la elaboración de interconsultas. 	_____
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de planes de alimentación al paciente hospitalizado 	_____
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de planes de alimentación a pacientes de consulta externa. 	_____
<ul style="list-style-type: none"> • Rotación por los servicios de la unidad 	_____
<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de promoción en salud 	_____
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de evaluaciones del estado nutricional 	_____

<i>Actividades</i>	<i>Número</i>
<p>Nutrición en tecnología de los alimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño de alimentos bajo proceso industrial • Evaluación de etiquetas de acuerdo a la normatividad aplicable • Generación de etiquetas • Elaboración de tablas de información nutrimental • Elaboración de etiquetado frontal de acuerdo a la Modificación a la NOM. 051 – SCFI/SSA 2010, Especificaciones generales de etiquetado para los alimentos y bebidas no alcohólicas pre envasados • Aplicación de NOM 251 – SSA – 2009, Practicas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios dentro de líneas de producción de alimentos • Interpretación de resultados de análisis de laboratorio en alimentos • Elaboración de Especificaciones Técnicas de Calidad (ETC) • Elaboración e interpretación de pruebas de calidad a alimentos • Suplementación y/o fortificación de alimentos • Elaboración y/o evaluación de manuales de procedimientos en líneas de producción de alimentos • Identificación y propuestas de mejora de procesos tecnológicos en la producción de alimentos 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

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:



Instituto de Estudios Superiores **Elise Freinet**

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

Nombre y firma del prestador

