



SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

FICHA DE IDENTIFICACION PERSONAL



Secretaría  
de Salud

(FAVOR DE REQUISITAR CON LETRA DE MOLDE CLARA)

<b>C. U. R. P.</b>	_____	<b>FOTO</b>
<b>NOMBRE (S)</b>	_____	
<b>APELLIDO PATERNO</b>	_____	
<b>APELLIDO MATERNO</b>	_____	
<b>EDAD</b>	_____	
<b>SEXO</b>	_____	<b>NACIONALIDAD</b> _____
<b>NOMBRE(S) Y EDAD HIJO(S)</b>	_____	
<b>DIRECCIÓN: CALLE Y NO.</b>	_____	
<b>COLONIA</b>	_____	<b>CÓDIGO POSTAL</b> _____
<b>POBLACIÓN</b>	_____	<b>ENTIDAD FEDERATIVA</b> _____
<b>E-MAIL</b>	_____	
<b>TELÉFONO(S) CON LADA</b>	_____	
<b>UNIVERSIDAD Y CAMPUS</b>	_____	
<b>ENTIDAD FEDERATIVA</b>	_____	
<b>PROMEDIO DE CARRERA</b>	_____	
<b>PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA: (ANOTELA)</b>	_____	
<b>EN CASO DE ACCIDENTE DEBEMOS AVISAR A: (ANOTE MAYOR NUMERO DE DATOS POSIBLES)</b>	_____	
	_____	
	_____	

DATOS CORRESPONDIENTES A CONSTANCIA DE ADSCRIPCION Y ACEPTACION (NOMBRAMIENTO)

<b>INSTITUCIÓN</b>	_____
<b>LOCALIDAD Y/U HOSPITAL SEDE</b>	_____
<b>MUNICIPIO</b>	_____
<b>NO. DE CAMPO CLINICO</b>	_____
	<b>JURISDICCION SANITARIA</b> _____
	<b>NO. FOLIO DEL DOCUMENTO</b> _____
<b>FIRMA DEL ALUMNO</b>	_____

REGISTRO TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES DE SERVICIO SOCIAL

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	CARRERA: Enfermería
FECHA DE INGRESO:	NUMERO DE PLAZA:
TIPO DE UNIDAD:	U.M :
ZONA:	MUNICIPIO:
REGION:	ENTIDAD FEDERATIVA: Veracruz

TIPO DE ACTIVIDAD	TRIMESTRE	NUMERO DE ACTIVIDADES				TOTAL
		1º.	2º.	3º.	4º.	
<b>a). ATENCION INTEGRAL A LA SALUD</b>						
1. Platicas de educación y promoción a la salud						
2. Medidas preventivas						
3. Protección específica						
4. Apoyo en consultas, asesorías y entrevistas						
5. Exámenes, estudios, encuestas o pruebas solicitadas o realizadas						
6. Apoyo en el tratamiento, control y seguimiento de pacientes						
7. Referencia y contrarreferencia de pacientes						
8. Rotación por servicios						
9. Rehabilitación de pacientes						
10. Visitas a la comunidad						
<b>b) EDUCACION CONTINUA</b>						
1. Presentación del diagnostico de salud actualizado al inicio del servicio social						
2. Temas revisados						
3. Monografías o resúmenes presentados						
<b>c) INVESTIGACION</b>						
1. Presentación del diagnóstico de salud actualizado al inicio del servicio social						
2. Caso o proyecto investigado y presentado						
<b>c) ADMINISTRACION</b>						
3. Presentación informes mensuales de los programas de salud correspondientes						
4. Solicitud, provisión e informe de seguimiento de utilización de material y equipo						

INFORME TRIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL

FECHA		INTERVENCION DE ENFERMERIA	F	Observación
Mes	día			

Nombre del estudiante de enfermería :		
Reporte número:		
Correspondiente a los meses de:	➤	➤ Agosto ➤ Septiembre ➤ Octubre
Comprendidos en el:		_____ periodo trimestral del año 20_____
Ámbito de aplicación:		
Institución donde presta el Servicio Social		
Municipio:		
Fecha de entrega del informe:		
Recibe :		

\_\_\_\_\_  
**Director de la Unidad de adscripción**

\_\_\_\_\_  
**Jefa del Depto. De Enseñanza e Investigación de la unidad de adscripción**

\_\_\_\_\_  
**Coordinadora de Servicio Social de la Facultad de Enfermería**

\_\_\_\_\_  
**Estudiante en Servicio Social**

**Nombre**  
**Matricula**

