|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL ALUMNO Y MATRICULA(1):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **LUGAR DE ESTADÍA(2):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **PERIÓDO(3):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORAS CUMPLIDAS EN EL MES(4): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **FECHA DE INICIO(5):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **FECHA DE TERMINO(5):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO. DE PACIENTE (6) | EDAD (7) | GÉNERO (8) | DIAGNÓSTICO (9) | PLAN DE TRATAMIENTO ADMINISTRADO (10) | | | | | | | | | CONSULTA(11) | |
| MASOTERAPIA | MECANOTERAPIA | ELECTROTERAPIA | TERMOTERAPIA | HIDROTERAPIA | TERAPIA OCUPACIONAL | ESTIMULACIÓN TEMPRANA | PROGRAMA DE CASA | PRIMERA VEZ | | SUBSECUENTE |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Alumno Responsable (12)

**GUÍA DE LLENADO DEL FORMATO REGISTRO MENSUAL DE ACTIVIDADES**

**POR PARTE DEL ALUMNO**

1. Nombre del Alumno responsable inscrito en Estadía
2. Nombre de la Institución donde realiza el alumno la Estadía
3. Periodo que abarca la Estadía del alumno
4. Asentar el número de horas cumplidas de estadía en el mes
5. Asentar la fecha que avala el reporte con fecha de inicio y fecha de termino
6. Número de Paciente atendido
7. Edad del paciente
8. Género del paciente
9. Asentar Diagnóstico médico establecido
10. Señalar Plan de tratamiento administrado en base a las opciones mostradas
11. Tipo de Consulta brindada
12. Nombre y firma del alumno responsable
13. Nombre, firma y sello del Asesor Técnico Asignado
14. Nombre y firma del Asesor Académico Asignado (UPP)