



REGISTRO DE ACTIVIDADES PARA PEAC ENFERMERÍA

(* Remitir en los 5 primeros días de cada mes. Seleccione enviar en el pie del documento)

Mes: 20

➤ PROFESIONAL

Nombre y apellidos:

Centro de Salud /Consultorio:

Actividad desarrollada, marque la/s que proceda/n:

Eco- Doppler Espirometría Cirugía menor HolterHTA Deshabitación tabáquica Taller lactancia materna Biblioteca Almacén Responsable vacunas Asistir 5 reuniones EAP Actividades Eps

➤ USUARIOS ATENDIDOS

	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			