



REGISTRO DE ACTIVIDADES EN MEDICINA

(* 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:

Ecografía Espirometría Cirugía menor Citología HolterHTA
Consulta tabaquismo Ecodoppler Revisión sala urgencias

➤ **USUARIO**

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