

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL

Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones en el momento de elaborar este formato:

- Recuerde que se debe elaborar un informe por mes.
- Este formato puede ser elaborado a mano.

Nombre del Prestador de Servicios Profesionales:

Alejandra Esmeralda Martínez H.

SERVICIOS PROFESIONALES PRESTADOS

Mediante el presente reporte informo de mis actividades en el área de enfermería realizadas en la casa de descanso para mujeres adultas mayores durante todo el mes de Julio del presente año.

Durante dicho mes realicé actividades específicas al área de enfermería, además de apoyo con actividades cotidianas de cada residente respecto a sus necesidades médicas o funcionales correspondientes.

A continuación se especifican las actividades realizadas y la cuantificación total.

Toma de signos vitales	= 422
Admin. de medicamentos	= 394
Tendidos de cama	= 36
Rondines a habitaciones	= 17
Cocinas	= 23



Además de apoyo en actividades de riesgo para las residentes, realizando reportes y anotaciones correspondientes al expediente de cada residente y el cuidado integral de cada una.

Sin ningún otro asunto queda a sus órdenes.

FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

*Martínez*

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL

Casa Hogar Para Mujeres

Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones en el momento de elaborar este formato:

- Recuerde que se debe elaborar un informe por mes.
- Este formato puede ser elaborado a mano.

Nombre del Prestador de Servicios Profesionales:

Yuliana Yareth Perez Querez

SERVICIOS PROFESIONALES PRESTADOS

Mediante el presente reporte informo de las actividades realizadas en el area de enfermeria durante el mes de Julio del 2020. En el cual especifico cada una de ellas:

- \* Toma de Signos Vitales
- \* Preparacion de medicamentos
- \* Administracion de medicamentos V.O., V.I.M., V.Oftalmica, V.topica
- \* Curaciones
- \* Colocacion de Vendajes y Apositos
- \* Cambio de gases
- \* Cuidados de heridas
- \* Manejo del sueno
- \* Prevencion y Orientacion del riesgo de caidas.
- \* Reposicion de liquidos
- \* Tronidos Nocturnos a esta habitacion
- \* Deambulacion Asistida
- \* Apoyo al Cuidador
- \* Tendido de Camas.
- \* Reportes y anotaciones correspondientes al expediente de cada Residente
- \* En caso de Urgencias se avisa a Directora de la Casa Hogar y se llama a E.M.M.E.

Asi mismo dando el reporte y realizando rondin a la hora de cada entrega del turno a la siguiente compañera.

Hago entrega del reporte a quien correspondia el dia 05/Agosto/2020.

FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

