|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS GENERALES** | |
| **Fecha** |  |
| **Escenario** |  |
| **Semestre** |  |
| **Rotación** |  |
| **Monitor de Práctica** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONSOLIDADO DE LAS VISITAS** | |
| **Actividad** | **Cantidad** |
| Visitas domiciliarias realizadas |  |
| Número de personas atendidas |  |
| Número de personas remitidas a programas de PYM o a otros niveles de complejidad |  |
| **CLASIFICACIÓN DE LAS VISITAS SEGÚN PROGRAMAS DE PYM** | |
| Infancia y Primera Infancia |  |
| Vacunación |  |
| Seguimiento a la Madre y Recién Nacido |  |
| Tamizaje de CA |  |
| Planificación Familiar |  |
| Control Prenatal |  |
| Seguimiento al Adulto |  |
| Otros: (especificar cuál) |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LISTADO DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS** | | | | |
| **Nombre** | **Dirección** | **Teléfono** | **Remitido a** | **Observaciones** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Logros de las Visitas Realizadas:** |

|  |
| --- |
| **Observaciones Generales de las Visitas Realizadas:** |

|  |
| --- |
| **Recomendaciones y Sugerencias:** |

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

Monitor de Prácticas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Coordinación de Prácticas Formativas Programa de Enfermería  Dirección Docencia y Formación | Vicerrectoría Académica  Decanos  Dirección de Aseguramiento de Calidad  Dirección de Planeación  Centro de Enseñanza, Aprendizaje y Evaluación | Rectoría | Mayo de 2024 |