

BITÁCORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS ESTADÍA Y SERVICIO SOCIAL

DATOS DEL ALUMNO Y ALUMNA

Nombre: _____ Periodo: _____
Carrera: _____ Hora de Entrada: _____
Cuatrimestre: _____ Hora de Salida: _____
Correo electrónico: _____ Total de Horas: _____

Marcar con una X la actividad realizada:

Primera Práctica Clínica	<input type="checkbox"/>	Segunda Práctica Clínica	<input type="checkbox"/>	Tercera Práctica Clínica	<input type="checkbox"/>
Cuarta Práctica Clínica	<input type="checkbox"/>	Estadía	<input type="checkbox"/>	Servicio social	<input type="checkbox"/>

DATOS DE LA EMPRESA/INSTITUCIÓN

Nombre: _____
Departamento/Área: _____
Dirección: _____
Responsable: _____
Teléfonos: _____

DESCRIBA DETALLADAMENTE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:

Nombre y Firma de la o el Responsable

Fecha de entrega: _____