

FACULTAD DE MEDICINA
Clinicas Pediátricas

Registro de actividades de pregrado

Nombre del estudiante:.....Grupo:.....

	Centro	Firma del tutor	Fecha	Observaciones
<i>Semiología y registros</i>				
Anamnesis				
Examen físico				
Registros e indicaciones médicas				
Aplicación de AIEPI				
<i>Participación en maniobras y procedimientos</i>				
Nebulizaciones y/o inhalaciones				
Toma de P.A.				