



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
SECRETARÍA DE RELACIONES ESTUDIANTILES
COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

ALUMNO _____ PROGRAMA _____ PERIODO ____/____/____/____/____ No DE REPORTE _____
 DIA MES AL DIA MES AÑO

EDADES	2 a 5		6 a 13		14 a 25		26 a 42		43 a 57		58 y más		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
ACTIVIDADES														

HISTORIA CLÍNICA														
INST. HIGIENE														
PROFILÁXIS														
APLICACIÓN DE FLÚOR														
ODONTOXÉISIS														
OBT. AMALGAMA														
OBT. RESINA														
INCRUSTACIONES														
CORONAS DE ACERO CROMO														
EXTRACCIONES														
TRAT. DE CONDUCTOS														
PERIODONCIA														
PRÓTESIS FIJA														
PRÓTESIS REMOVIBLE														
PRÓTESIS TOTAL														
PATOLOGÍA BUCAL														
SELLADORES F Y F														
CIRUGÍA														
OTROS														
TOTAL ACTIVIDADES														

Nº DE PACIENTES ATENDIDOS														
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 FIRMA DEL ALUMNO

 SELLO DE LA INSTITUCIÓN

NOTA: Los reportes deberán ser llenados en computadora o a máquina, y no deberán presentar tachaduras, enmendaduras ni raspaduras. No entregarlos doblados ni sucios.

DEPENDENCIA: _____

PROGRAMA: _____

MES: _____

EVALUACIÓN DEL PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL

- 1. ¿Asistió puntualmente al servicio? Si No
- 2. ¿Cumplió con el horario asignado? Si No
- 3. ¿Cumplió eficientemente con las labores asignadas? Si No
- 4. Total de inasistencias injustificadas de este mes

Favor de especificar en observaciones

OBSERVACIONES

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE