**SEMANAS NACIONALES DE SALUD**

**REGISTRO DIARIO DE TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS DE ALBENDAZOL**

SEMANA NACIONAL DE SALUD FECHA ENTIDAD FEDERATIVA MUNICIPIO LOCALIDAD

Nº DEL PUESTO DE SALUD DOMICILIO

INSTITUCIÓN QUE APLICÓ EL BIOLÓGICO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EDAD** | **TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS** | **TOTAL** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 a 4 años |  |  |
| 5 a 9 años |  |  |
| 10 a 14 años |  |  |
| T o T A L | |  |

* ANOTE EL NÚMERO DE SEMANA NACIONAL DE SALUD QUE SE ESTÁ INFORMANDO NOTA: UTILICE EL MÉTODO DE PALOTEO (EJEMPLO = 10)

IIII IIII

RESPONSABLE FIRMA SUPERVISOR FIRMA