**SEMANAS NACIONALES DE SALUD**

**REGISTRO DIARIO DE DOSIS ADMINISTRADAS DE VITAMINA "A"**

SEMANA NACIONAL DE SALUD FECHA ENTIDAD FEDERATIVA MUNICIPIO LOCALIDAD

Nº DEL PUESTO DE SALUD DOMICILIO

INSTITUCIÓN QUE APLICÓ EL BIOLÓGICO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EDAD | DOSIS ADMINISTRADAS | TOTAL |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6 a 11 meses |  |  |
| 1 año |  |  |
| 2 años |  |  |
| 3 años |  |  |
| 4 años |  |  |
| T o T A L | |  |

* ANOTE EL NÚMERO DE SEMANA NACIONAL DE SALUD QUE SE ESTÁ INFORMANDO

IIII IIII

NOTA: UTILICE EL MÉTODO DE PALOTEO (EJEMPLO = 10)

RESPONSABLE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SUPERVISOR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA