SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Bitácora de tratamientos

Secretaría de Salud
Enfermedades Transmitidas por Vector
Intoxicación por Picadura de Alacrán

Lugar donde se realiza la actividad

FOLIO T1:

Municipio: _____

Localidad: _____

Año:_____ Mes:_____ Semana Epidemiológica: _____

No.	Día	Hora	Calle	Número CNEP o Exterior	Nombre del paciente			Edad		Medicamento faboterapico						Otro medicamento					Tx. Tradicional	Referir a Unidad de salud	Evolución	
					Nombre	Apellido paterno	Apellido materno	Masculino	Femenino	No. de frasco	Lote	Folio	Fecha de caducidad	Intramuscular	Intravenosa	Analgésico	Antihistamínico	Corticosteroides	Bloqueador H2				Recuperación	Defunción
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											

No.	Día	Hora	Calle	Número CNEP o Exterior	Nombre del paciente			Edad		Medicamento faboterapico					Otro medicamento					Tx. Tradicional	Referir a Unidad de salud	Evolución	
					Nombre	Apellido paterno	Apellido materno	Masculino	Femenino	No. de frasco	Lote	Folio	Fecha de caducidad	Intramuscular	Intravenosa	Analgésico	Antihistamínico	Corticosteroides	Bloqueador H2				Recuperación	Defunción
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											
		___ : ___											___ / ___ / _____											

Persona que supervisa la actividad

Unidad, brigada o adscripción: _____

Nombre completo: _____

Supervisión:

Directa ○

Indirecta ○

Persona que realiza la actividad

Unidad, brigada o adscripción: _____

Nombre completo: _____

_____

Nombre y firma del jefe de sector

_____

Firma del evaluador