SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SIVA 0604002 - F-RR

Secretaría de Salud 09
Programas Preventivos y Control de Enfermedades 02
Intoxicación por picadura de Alacrán 06

02 Servicio o Intervención por Vectores y otros Artrópodos
04 Control Vectorial
006 Registro de Rociado de Viviendas

FOLIO SIVA F-RR:

Municipio: ______________________________ Código: | | | | | | | |

Localidad: ______________________________ Código: | | | | | | | |

Colonia: ______________________________ Código: | | | | | | | |

Distrito: ________ Sector: ________ Insecticida empleado: ____________________ **Fecha:** ___ / ___ / _____

Servicio de origen: Programa ○ Operativo ○ Proyecto ○

Nombre del operativo/proyecto: ____

No.	**Calle**	**DDSS/ CNEP**	**Tipo de respuesta**				No. de habitantes	No. de cuartos	No. de anexos	Insecticida usado(lts.)	Gasolina (lts.)
			Trabajada	Cerrada	Deshabitada	Renuente					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					
			○	○	○	○					

Resumen *(Zona de captura en la plataforma)*

Viviendas

Trabajada	Cerrada	Deshabitada	Renuente	No. de habitantes	No. de cuartos	No. de anexos	Total de visitadas

Rociado

Peri-domiciliar	Intra y peri domiciliar	Insecticida usado(lts.)	Gasolina (lts.)

(POSS) Persona Operativa de los Servicios de Salud que realiza el servicio

Código EOSS (CLUES o Brigada): Nombre:_____

Código POSS: Nombre:_____

_____

Firma

(POSS) Persona Operativa de los Servicios de Salud que realiza el servicio

Código EOSS (CLUES o Brigada): Nombre:_____

Código POSS: Nombre:_____

_____

Firma

(POSS) Persona Operativa de los Servicios de Salud que supervisa el servicio

Código EOSS (CLUES o Brigada): Nombre:_____

Código POSS: Nombre:_____

Supervisión: Directa ○
Indirecta ○

_____

Firma