



SIVA 0204005 - E-PB

FOLIO SIVA E-PB:

Municipio: _____ Código:

Localidad / Colonia: _____ Código:

Distrito: _____ Sector: _____ Fecha: ___/___/___

Servicio de Origen: Programa Operativo Proyecto DDSS/CNEP: _____ Casa Palúdica: Sí No

Nombre del Servicio Origen: _____

Datos ambientales

Temperatura: Mínima: _____°C Humedad _____ hrs. _____% Lluvia durante: El día

Máxima: _____°C relativa: _____ hrs. _____% La prueba

Media: _____°C

Anopheles utilizados

An.pp An.alb Otro: _____

Fuente de captura:
 Cebo humano
 Albergue de animales
 Refugios naturales
 Cultivo de fases inmaduras

Procedencia:
 Localidad / Colonia: _____

Insecticida: _____ Dosis: _____

| Superficie a evaluar | | | | | | | | | | | | Lavado | | Registro de mortalidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|---------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Tabique o ladrillo | Piedra | Adobe o barro | Palma o bambú | Madera | Cartón | Lámina | | Pabellón | Mosquitero | Fecha de instalación | Uso en días | Sí | No | Número de veces | Último lavado | Cono | Mosquitos expuestos | Tiempo de exposición | A 30 min. | % | A 6 hrs. | % | A 12 hrs. | % | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/___ | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | ___/___/___ | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/___ | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | ___/___/___ | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/___ | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | ___/___/___ | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/___ | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> | ___/___/___ | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| Testigos | | | | | | | | | | | | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ |
| Total | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |

(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: _____

Firma

Supervisión: Directa
Indirecta