



02 Servicio o Intervención por Vectores y otros Artrópodos  
04 Control Vectorial  
001 Previo a la Aceptación de Pabellones

**FOLIO SIVA F-AP1:**

Municipio: \_\_\_\_\_ Código: 

--	--	--	--	--	--	--	--

Localidad: \_\_\_\_\_ Código: 

--	--	--	--	--	--	--	--

Distrito: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ CNEP/DDSS: \_\_\_\_\_ No. de habitantes: \_\_\_\_\_

Servicio de Origen:  Programa      Operativo      Proyecto

Nombre del Servicio Origen: \_\_\_\_\_

**1. ¿En su casa usan pabellón para dormir?**

Sí (Pase a la pregunta 4)                       No

**2. ¿Por qué no usan pabellón?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. ¿Consideraría un beneficio que su familia usara pabellones para dormir?**

Sí. ¿Por qué? \_\_\_\_\_

No. ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**4. ¿En qué le ha beneficiado a su familia el uso de pabellón?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. ¿Qué no le gusta de usar pabellón?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. ¿Qué le falta a su pabellón para ser mejor?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7. ¿Qué opinaría si su pabellón además matara a los insectos que se le acercan?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8. ¿Algún miembro de la familia ha padecido paludismo?**

Sí                       No

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

Código EOSS (CLUES o Brigada): 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Nombre: \_\_\_\_\_

Código POSS: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Nombre: \_\_\_\_\_

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

Código EOSS (CLUES o Brigada): 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Nombre: \_\_\_\_\_

Código POSS: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Nombre: \_\_\_\_\_

**Supervisión:** Directa       
Indirecta