SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SIVA 0204001 - F-AP1-2

Secretaría de Salud 09
Programas Preventivos y Control de Enfermedades 02
Paludismo 02

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

FOLIO SIVA F-AP1:

Municipio: _____ Código: | | | | | | | |

Localidad: _____ Código: | | | | | | | |

Distrito: _____ Sector: _____ **Fecha de la entrega:** ___ / ___ / _____ **Fecha de la encuesta:** ___ / ___ / _____

Servicio de Origen: ◯ Programa ◯ Operativo ◯ Proyecto

Nombre del Servicio Origen:_____

Concentrado

1. Antecedente de uso de pabellón

Sí: _____ No: _____

2. ¿Por qué no usan pabellón?

No sirve: _____ Sofocación: _____ Irritación: _____

3. Beneficios que su familia usara pabellones para dormir **3.1 ¿Por qué?**

Sí: _____ Menos enfermedades: _____ Comodidad: _____

No: _____ No sirve: _____ Sofocación: _____ Otra: _____

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

Menos enfermedades: _____ Comodidad: _____ Otro: _____

5. ¿Qué no le gusta del pabellón?

La irritacón: _____ Todo le gusta: _____ Otro: _____

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

Menos irritación: _____ Nada: _____ Otro: _____

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

Estaría bien: _____ Lo usaría siempre: _____ Otro: _____

8. ¿En su casa alguién a sufrido paludismo?

Niños: _____ Adultos: _____ Ancianos: _____

(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 ◯