



02 Servicio o Intervención por Vectores y otros Artrópodos
04 Control Vectorial
002 Revisión de Entrega de Pabellones

FOLIO SIVA F-AP2:

Municipio: _____ Código:

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

 Fecha: ___ / ___ / ___

Localidad: _____ Código:

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

Distrito: _____ Sector: _____

Servicio de Origen: Programa Operativo Proyecto CNEP/DDSS: _____ Número de habitantes: _____

Nombre del Servicio de Origen: _____

1. Pabellones recibidos: _____ Pabellones en uso: _____

2. ¿Qué características le dijeron que tienen los pabellones entregados?

3. ¿Qué indicaciones le dieron para su uso?

4. ¿Qué no le gusta del pabellón?

5. ¿Han presentado alguna molestia por su uso? No Sí. ¿Cuales? _____

6. ¿Ya lavó sus pabellones? Sí No. ¿Por qué? _____

7. ¿Ha observado insectos muertos sobre o alrededor de sus pabellones?

8. ¿Su familia ha utilizado pabellones con anterioridad? Sí (pase a pregunta 10) No

9. ¿Ha notado alguna diferencia entre dormir con pabellón y sin pabellón?
 Sí. ¿Cuáles? _____
 No. ¿Por qué? _____

10. ¿Qué diferencias ha notado usted entre su pabellón anterior y el pabellón nuevo?

11. ¿Quién no duerme con pabellón en su casa?
 Bebés Niños Adolescentes Adultos Ancianos Enfermos

12. ¿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