SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SIVA 0204008 - F-N1

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

02 Servicio o Intervención por Vectores y otros Artrópodos
04 Control Vectorial
006 Informe de Nebulización

FOLIO SIVA F-N1:

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

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

Distrito: _____ Sector: _____ Casas: _____ Habitantes: _____ **Fecha:** ___ / ___ / _____

Tipo de máquina: _____ Insecticida: _____ Dosis: _____

Servicio de origen: Programa ○ Operativo ○ Proyecto ○

Nombre del operativo/proyecto: _____

No.	Día	Colonia	Periodo trabajado	Hora de inicio	Hora de término	Horas empleadas	Hombres / Día	Hectáreas trabajadas	Insecticida usado(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