

1.- Mes: _____

2.- Año: _____

3.- Nombre del Consejero/a: _____

4.- Región Departamental: 1

5.- Municipio: _____

6.- US: _____

No.	8.- DATOS GENERALES							9.- TIPOS DE CONSEJERIA								10. Referencia al SAI	11. Observaciones			
	8.1 Fecha	8.2 Sexo		8.3 Edad	8.4 Procedencia	8.5 No de Historia Clínica	8.6 Primera Vez	8.7 Sub.siguiente	9.1 Pre-Prueba	9.2 Post-Prueba		9.3 Seguimiento		9.4 ITS	9.5 Mujer Embarazada					
															Pre-Prueba			Post-Prueba		
		H	M									N	P		N			P	1	2
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
12.- Totales																				

La suma de la casilla 8.2 debe coincidir con las sumas de la 8.6, 8.7, así mismo la suma de 9.1, 9.2, 9.3