

Secretaría de Salud
Red Nacional de Consejería en VIH/SIDA
Informe Diario Mensual de Consejería
Instrumento CS-1

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.siguien te	9.1 Pre-Prueba	9.2 Post-Prueba		9.3 Seguimiento		9.4 ITS	9.5 Mujer Embarazada			
		H	M							N	P	N	P		1	2	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