

Secretaría de Salud  
Sub Secretaría de Riesgos Poblacionales  
Departamento de ITS/VIH/SIDA

**Consolidado Mensual de Consejería por Municipios CS-2**

## 1.- Mes:

## **2.- Año:**

### **3.- Municipio:**

#### *4.- Region:*

5.- Establecimiento: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Para verificar si los datos estan correctos, las siguientes casillas tienen que tener las mismas sumas:

Casilla 10 H-M, Casilla 11 y 12 y las casillas 13, 14, 15

CUANDO SALGO UN PACIENTE POSITIVO MARCAR EN LA CASILLA 18, SI SE REFIRIO. Los valores de la casilla 11 tienen que coincidir con la casilla 13 y la 12 con la 14