



Gobierno de la República

## PLAN DE VISITA DOMICILIARIA ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ EN LA COMUNIDAD



Región Departamental: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Caserío/Comunidad: \_\_\_\_\_ Gestor: \_\_\_\_\_

Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

No. Vivienda	Nombre del Niño/a	Nombre de la Madre	Fecha de visita	Motivo de la Visita					Resultado
				Crecimiento Inadecuado	IRA	Diarrea	No Asistió	Otro	

Nombre de la Monitora o Monitor