

REGISTRO DIARIO DE ATENCION PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS ENFERMOS EN LA COMUNIDAD





Regi	ón Sanitaria:	_ Municipio: Establecimiento de Salud:																		
Nombre del Monitor/a: Gestor:																				
		FECHA DE LA ATENCION	EDAD	SEXO	SIGNOS DE PELIGRO SI NO		RES	SPIRACIÓN R	RAPIDA		TIENE FIEBRE		TIENE DIA	RREA		-	TRATAMIENTO			
N°	NOMBRE DEL NIÑO						51	SI 2 M - 1 A	SI NO	SI NO	MENOS DE 14 DÍAS	DIARREA DE 14 DÍAS O MAS	SANGRE EN HECES	NO	REFERENCIA	MEDICAMEM. ANTIBIOTICO	MEDICAMEN. FIEBRE	LITROSOL	MUERTE	