

Región Sanitaria: _____ Municipio: _____

Comunidad:_____Establecimiento de Salud:_____

Gestor: _____ Mes: _____ Año: _____

- | | |
|---|---|
| 1. Numero de menores de dos años anotados en el listado. | 4. Numero de menores de dos años con ganancia de peso inadecuado en el actual control y en el anterior. |
| 2. Numero de menores de dos años que asistieron a la reunión en este mes. | 5. Numero de menores de dos años que están bajo la curva inferior de referencia en este mes. |
| 3. Numero de menores de dos años con ganancia de peso inadecuado en este mes. | |

Mes _____

[illegible]

Indicador

Mes_____

[illegible]

Indicador

Mes _____

25				
24				
23				
22				
21				
20				
19				
18				
17				
16				
15				
14				
13				
12				
11				
10				
9				
8				
7				
6				
5				
4				
3				
2				
1				

Indicador

Mes _____

25					
24					
23					
22					
21					
20					
19					
18					
17					
16					
15					
14					
13					
12					
11					
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					
	1	2	3	4	5

Indicador