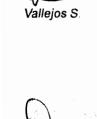
Anexo 1 REPORTE DIARIO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA CENTINELA POST DESASTRE DE DAÑOS TRAZADORES (Para uso local)

| Día de reporte:/ Hoja de Atención Nº/ Establecimiento: Institución: Brigada de Atención, Hospital de Campaña, Albergue: Este reporte deberá ser enviado diariamente al COE salud en la zona del desastre y corresponderá a las | | | | | | |
|--|--------|------|-------------|--------------------------|-------------|-------------|
| atenciones realizadas desde las 08.00 horas del día/ del 200 hasta las 08.00 horas del día/ del 200 | | | | | | |
| N° | NOMBRE | EDAD | SEXO M/F | LOCALIDAD PROCEDENCIA | DIAGNÓSTICO | TRATAMIENTO |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | - 212 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | , | | |
| | | | | | | |



Responsable del reporte______ Fecha: ____/___/



