



INFORME MENSUAL DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

CODIGO: R.A. SALUD INE – 301a (01/2024)

SUBSECTOR: A B C D E F G

SEDES: _____ RED DE SALUD: _____ MUNICIPIO: _____

ESTABLECIMIENTO: _____ Mes reportado: _____ Año: _____

| CONSULTA EXTERNA | PRIMERA | | NUEVA | | REPETIDA | |
|-------------------------------|---------|---|-------|---|----------|---|
| | M | F | M | F | M | F |
| 1. Menores de 6 meses | | | | | | |
| 2. Niños de 6 meses a < 1 año | | | | | | |
| 3. Niños de 1 a 4 años | | | | | | |
| 4. Personas de 5 a 9 años | | | | | | |
| 5. Personas de 10 a 14 años | | | | | | |
| 6. Personas de 15 a 19 años | | | | | | |
| 7. Personas de 20 a 39 años | | | | | | |
| 8. Personas de 40 a 49 años | | | | | | |
| 9. Personas de 50 a 59 años | | | | | | |
| 10. Personas de 60 años y más | | | | | | |

| MICRONUTRIENTES Y LACTANCIA MATERNA | CANTIDAD |
|--|----------|
| 1. Mujeres embarazadas con dosis completa de hierro | |
| 2. Mujeres puérperas con dosis completa de hierro | |
| 3. Niñas(os) menores de 6 meses con dosis completa de hierro (a partir de los 4 m) | |
| 4. Niñas(os) menores de 1 año con dosis completa de hierro | |
| 5. Niñas(os) de 1 año con dosis completa de hierro | |
| 6. Niñas(os) de 2 años a menores 5 años con dosis completa de hierro | |
| 7. Mujeres puérperas con dosis única de vitamina A | |
| 8. Niñas(os) menores de 1 año con dosis única de vitamina A | |
| 9. Niñas(os) de 1 año con 1ra. dosis de vitamina A | |
| 10. Niñas(os) de 1 año con 2da. dosis de vitamina A | |
| 11. Niñas(os) de 2 años a menores de 5 años con 1ra dosis vitamina A | |
| 12. Niñas(os) de 2 años a menores de 5 años con 2da dosis vitamina A | |
| 13. Niñas(os) menores de 1 año con dosis completas de zinc (Talla Baja) | |
| 14. Niñas(os) de 1 año con dosis completas de zinc (Talla Baja) | |
| 15. Niñas(os) menores de 1 año que reciben alimento complementario | |
| 16. Niñas(os) de 1 año que reciben alimento complementario | |
| 17. Niñas(os) RN con lactancia materna inmediata | |
| 18. Niñas(os) de 6 meses con lactancia materna exclusiva | |
| 19. Adultos Mayores de 60 Años que reciben complemento Nutricional | |
| 20. Mujeres Embarazadas que reciben Alimento Complementario Nutri Mamá | |
| 21. Mujeres en periodo de lactancia que reciben Alimento Complementario Nutri Mamá | |

| REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS | NÚMERO |
|--|--------|
| 1. Pacientes referidos recibidos por el establecimiento | |
| 2. Pacientes referidos a otros establecimientos | |
| 3. PCD referidos a Unidades de Calificación de Discapacidad | |
| 4. PCD referidos a Servicios/Centros de Rehabilitación | |
| 5. Pacientes contrarreferidos al establecimiento | |
| 6. Pacientes referidos de la comunidad y/o medicina tradicional | |
| 7. Pacientes referidos del establecimiento a la medicina tradicional | |

| ATENCIÓN ODONTOLÓGICA | < de 5 Años | | 5 a 13 Años | | 14 a 19 Años | | 20 a 59 Años | | 60 Años y Mas | | Embarazada | Post-Parto |
|--|-------------|---|-------------|---|--------------|---|--------------|---|---------------|---|------------|------------|
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | | |
| 1. Primera Consulta | | | | | | | | | | | | |
| 2. Consulta Nueva | | | | | | | | | | | | |
| 3. Consulta Repetida | | | | | | | | | | | | |
| 4. Medidas Preventivas | | | | | | | | | | | | |
| 5. Restauraciones | | | | | | | | | | | | |
| 6. Endodoncia | | | | | | | | | | | | |
| 7. Periodoncia | | | | | | | | | | | | |
| 8. Cirugía Bucal menor | | | | | | | | | | | | |
| 9. Cirugía Bucomaxilofacial Menor | | | | | | | | | | | | |
| 10. Cirugía Bucomaxilofacial Mediana | | | | | | | | | | | | |
| 11. Trat. de Fracturas dentoalveolares | | | | | | | | | | | | |
| 12. Trat. Odontológico Integral Terminado (TOIT) | | | | | | | | | | | | |
| 13. Rayos X Dental | | | | | | | | | | | | |

| CONSULTAS PRENATALES | < a 10 | | 10 a 14 | | 15 a 19 | | 20 a 34 | | 35 a 49 | | 50 y + | |
|---|--------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|--------|-------|
| | Dentro | Fuera | Dentro | Fuera | Dentro | Fuera | Dentro | Fuera | Dentro | Fuera | Dentro | Fuera |
| 1. Nuevas en el 1er trimestre de embarazo | | | | | | | | | | | | |
| 2. Nuevas en el 2do trimestre de embarazo | | | | | | | | | | | | |
| 3. Nuevas en el 3er trimestre de embarazo | | | | | | | | | | | | |
| 4. Repetidas | | | | | | | | | | | | |
| 5. Mujeres con 4ta consulta prenatal | | | | | | | | | | | | |

| ATENCIÓN DE PARTO Y PUERPERIO EN SERVICIO Y DOMICILIO, OTRO TIPO DE ATENCIONES LIGADAS AL PARTO | < a 10 | | 10 a 14 | | 15 a 19 | | 20 a 34 | | 35 a 49 | | 50 y + | |
|---|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| | Servicio | Domicilio | Servicio | Domicilio | Servicio | Domicilio | Servicio | Domicilio | Servicio | Domicilio | Servicio | Domicilio |
| 1. Vaginales | | | | | | | | | | | | |
| 2. Cesáreas | | | | | | | | | | | | |
| 3. Mujeres con visita de control en las 48 hrs siguientes al parto | | | | | | | | | | | | |
| 4. Partos atendidos por proveedor calificado | | | | | | | | | | | | |
| 5. Partos atendidos por personal de salud calificado y Partera (articulacion) | | | | | | | | | | | | |
| 6. Partos atendidos por personal de salud calificado | | | | | | | | | | | | |
| 7. Partos atendidos por partera empírica | | | | | | | | | | | | |
| 8. Partos atendidos por partera capacitada | | | | | | | | | | | | |
| 9. Partos atendidos por otros | | | | | | | | | | | | |
| 10. Primer Control Post Parto | | | | | | | | | | | | |

| INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO | < a 10 | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 34 | 35 a 49 | 50 y + |
|---|--------|---------|---------|---------|---------|--------|
| 1. ILE en el 1er trimestre del embarazo por causal Violencia Sexual | | | | | | |
| 2. ILE en el 2do trimestre del embarazo por causal Violencia Sexual | | | | | | |
| 3. ILE en el 3er trimestre del embarazo por causal Violencia Sexual | | | | | | |
| 4. ILE en el 1er trimestre del embarazo por causal Riesgo de Salud de la Madre | | | | | | |
| 5. ILE en el 2do trimestre del embarazo por causal Riesgo de Salud de la Madre | | | | | | |
| 6. ILE en el 3er trimestre del embarazo por causal Riesgo de Salud de la Madre | | | | | | |
| 7. ILE en el 1er trimestre de embarazo por causal Malformación Congenita incompatible con la vida | | | | | | |
| 8. ILE en el 2do trimestre de embarazo por causal Malformación Congenita incompatible con la vida | | | | | | |
| 9. ILE en el 3er trimestre de embarazo por causal Malformación Congenita incompatible con la vida | | | | | | |

| ANTICONCEPCIÓN, PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y MAMA | < a 10 | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 34 | 35 a 49 | 50 y + |
|---|--------|---------|---------|---------|---------|--------|
| 1. DIU: Usuarías Nuevas | | | | | | |
| 2. DIU: Usuarías Continuas | | | | | | |
| 3. Número de DIU Insertados | | | | | | |

| Continua de pag N°1 Anticoncepción,Prevención de cáncer.... | < a 10 | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 34 | 35 a 49 | 50 y + |
|--|--------|---------|---------|---------|---------|--------|
| 4. Número de DIU's retirados | | | | | | |
| 5. Inyectable Trimestral: Usuarías Nuevas | | | | | | |
| 6. Inyectable Trimestral: Usuarías Continuas | | | | | | |
| 7. Número de inyectables trimestrales suministrados | | | | | | |
| 8. Condón Masculino: Usuarías (os) Nuevas (os) | | | | | | |
| 9. Condón Masculino: Usuarías (os) Continuas (os) | | | | | | |
| 10. Condón Femenino: Usuarías Nuevas | | | | | | |
| 11. Condón Femenino: Usuarías Continuas | | | | | | |
| 12. Número de condones entregados | | | | | | |
| 13. Píldora: Usuarías Nuevas | | | | | | |
| 14. Píldora: Usuarías Continuas | | | | | | |
| 15. Número de ciclos entregados | | | | | | |
| 16. Implante subdérmico: Usuarías Nuevas | | | | | | |
| 17. Implante subdérmico: Usuarías Continuas | | | | | | |
| 18. Número de implantes insertados | | | | | | |
| 19. Métodos naturales: Usuarías nuevas | | | | | | |
| 20. Métodos naturales: Usuarías continuas | | | | | | |
| 21. AQV femenino | | | | | | |
| 22. AQV masculino | | | | | | |
| 23. Número de mujeres con píldora anticonceptiva oral de emergencia | | | | | | |
| 24. Número de mujeres con muestras de PAP tomadas | | | | | | |
| 25. Número de mujeres con resultados de PAP positivos | | | | | | |
| 26. Número de mujeres con resultados de PAP positivos tratadas | | | | | | |
| 27. Número de mujeres con IVAA | | | | | | |
| 28. Número de mujeres con IVAA positivos | | | | | | |
| 29. Número de mujeres con IVAA positivos tratadas | | | | | | |
| 30. Número de mujeres con examen clínico de mama positivos (sospecho de nódulo neoplásico) | | | | | | |
| 31. Número de mujeres con estudios mamaográficos positivos | | | | | | |
| 32. Número de mujeres que recibieron orientación en Anticoncepción | | | | | | |
| 33. Número de varones que recibieron orientación en Anticoncepción | | | | | | |
| 34. N° de mujeres Post Parto que egresaron con método moderno | | | | | | |
| 35. N° de Mujeres después de Aborto que egresaron con método moderno | | | | | | |
| 36. Número de Implantes retirados | | | | | | |
| 37. Abandono de Método Anticonceptivo | | | | | | |

| RECIÉN NACIDOS EN SERVICIO Y DOMICILIO | SERVICIO | DOMICILIO |
|---|----------|-----------|
| 1. Nacidos vivos | | |
| 2. Nacidos vivos en mujeres de 15 a 49 años con 4 CPN | | |
| 3. Nacidos vivos con peso menor a 2500g | | |
| 4. Nacidos vivos prematuros < 28 semanas | | |
| 5. Nacidos vivos prematuros 28 a < 37 semanas | | |
| 6. Nacidos vivos atendidos por personal de salud | | |
| 7. Nacidos vivos atendidos por partera | | |
| 8. Nacidos vivos atendidos por otros | | |
| 9. Nacidos muertos | | |
| 10. Nacidos muertos con peso menor a 2500g | | |
| 11. Nacidos muertos prematuros < 28 semanas | | |
| 12. Nacidos muertos prematuros 28 a < 37 semanas | | |
| 13. Nacidos muertos atendidos por personal de salud | | |
| 14. Nacidos muertos atendidos por partera | | |
| 15. Nacidos muertos atendidos por otros | | |
| 16. RN con malformación congénita | | |
| 17. RN con apego precoz | | |
| 18. RN con corte tardío de Cordón Umbilical | | |
| 19. RN con alojamiento conjunto | | |
| 20. RN con visita de control en las 48 hrs siguientes al nacimiento | | |

| CONTROL DE CRECIMIENTO INFANTIL | NUEVOS | | REPETIDOS | |
|--|--------|---|-----------|---|
| | M | F | M | F |
| 1. Control del niño(a) menor de 1 año dentro del establecimiento de salud | | | | |
| 2. Control del niño(a) menor de 1 año fuera del establecimiento de salud | | | | |
| 3. Control del niño(a) de 1 año a menor de 2 años dentro del establecimiento de salud | | | | |
| 4. Control del niño(a) de 1 año a menor de 2 años fuera del establecimiento de salud | | | | |
| 5. Control del niño(a) de 2 años a menor de 5 años dentro del establecimiento de salud | | | | |
| 6. Control del niño(a) de 2 años a menor de 5 años fuera del establecimiento de salud | | | | |

| INTERNACIONES | M | F |
|--|---|---|
| 1. Ingresos referidos de otros establecimientos de salud | | |
| 2. Ingresos espontáneos | | |
| 3. Egresos | | |
| 4. Fallecidos antes de las 48 hrs. | | |
| 5. Fallecidos a partir de las 48 hrs. | | |
| 6. Contrarreferidos | | |
| 7. Días camas ocupadas maternidad | | |
| 8. Días camas ocupadas otros servicios | | |
| 9. Días camas disponibles maternidad | | |
| 10. Días camas disponibles otros servicios | | |

| OTRAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | CANTIDAD | |
|--|----------|---|
| 1. Sueros | | |
| 2. Inyectables | | |
| 3. Curaciones y/o suturas | | |
| 4. Otras actividades | | |
| CIRUGIAS Y ANESTESIAS | M | F |
| 1. Número de cirugías menores realizadas | | |
| 2. Número de anestias locales realizadas | | |
| ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL METABOLISMO | M | F |
| 1. Número de Neonatos (menor de 7 días) a los que se les ha realizado Tamizaje Neonatal Temprano | | |
| 2. Número de Neonatos (de 7 a 28 días) a los que se les ha realizado Tamizaje Neonatal Temprano | | |
| ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO Y CON LA COMUNIDAD | No. | |
| 1. N° de actividades realizadas con participación de la comunidad | | |
| 2. N° de CAI de establecimiento | | |
| 3. N° de comunidades que participaron en el CAI de establecimiento | | |
| 4. N° de familias nuevas carpetizadas durante el período | | |
| 5. N° de familias carpetizadas con seguimiento durante el período | | |
| 6. N° de Primeras Visitas Familiares realizadas | | |
| 7. N° de Segundas Visitas Familiares realizadas | | |
| 8. N° de Terceras Visitas Familiares realizadas | | |
| 9. N° de reuniones realizadas con autoridades locales de salud | | |
| 10. N° de reuniones realizadas con Comités Loc. de Salud | | |
| 11. N° de actividades de la comunidad con participación del establecimiento | | |
| 12. N° de beneficiarias (madres) del bono Juana Azurduy atendidas | | |
| 13. N° de beneficiarios(as) (niño/as) del bono Juana Azurduy atendidos(as) | | |
| 14. N° de auditorías internas en salud en aplicación de norma técnica | | |
| 15. N° de autoevaluaciones para acreditación del establecimiento | | |
| 16. N° de quejas y reclamos realizadas por los usuarios | | |
| 17. N° de sugerencias y agradecimientos realizados por los usuarios | | |
| 18. N° de actividades educativas en Salud | | |
| 19. N° de Personas con Discapacidad atendidas en el Establecimiento | | |
| 20. N° de Personas con Discapacidad atendidas en la comunidad | | |
| 21. N° de beneficiarios(as) con educación en Salud Oral | | |
| 22. N° de beneficiarios(as) con promoción en Salud Oral | | |
| 23. N° de Certificados Únicos para Casos de Violencia (Ley Nro. 348) | | |
| 24. N° de Cajas de Evidencia Utilizadas (Violencia sexual Ley Nro. 1226) | | |
| 25. N° de proyectos ejecutados en determinantes de la salud | | |
| 26. N° de actividades de educación integral en sexualidad a adolescentes | | |

| VACUNACIONES EN MENORES DE 5 AÑOS | Menor de 1 año | | | | 12 a 23 meses | | | | 2 años | | | | 3 años | | | | 4 años | | | |
|--|----------------|---|-------|---|---------------|---|-------|---|--------|---|-------|---|--------|---|-------|---|--------|---|-------|---|
| | Dentro | | Fuera | | Dentro | | Fuera | | Dentro | | Fuera | | Dentro | | Fuera | | Dentro | | Fuera | |
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |
| 1. BCG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Pentavalente 1ra dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Pentavalente 2da dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Pentavalente 3ra dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Pentavalente 4ta. dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Pentavalente 5ta. dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Antipoliomielítica 1ra dosis (IPV) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Antipoliomielítica 2da dosis (bOPV) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Antipoliomielítica 3ra dosis (IPV) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Antipoliomielítica 4ta. dosis (bOPV) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Antipoliomielítica 5ta. dosis (bOPV) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Antirrotavírica 1ra dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Antirrotavírica 2da dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Antineumocócica 1ra dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Antineumocócica 2da dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. Antineumocócica 3ra dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Influenza estacional (6m a 11 m) 1ra. Dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. Influenza estacional (7m a 11 m) 2da. Dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19. SRP 1ra Dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20. SRP 2da Dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21. Antiamebílica dosis única | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22. Influenza estacional dosis única | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23. Influenza estacional a niños y niñas con enf. crónicas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| OTRAS VACUNACIONES | 5 a 9 años | | | | 10 años | | | | 11 años | | | | 12 a 20 años | | | | 21 a 59 años | | | | 60 y + | | | |
|--|------------|---|-------|---|---------|---|-------|---|---------|---|-------|---|--------------|---|-------|---|--------------|---|-------|---|--------|---|-------|---|
| | Dentro | | Fuera | | Dentro | | Fuera | | Dentro | | Fuera | | Dentro | | Fuera | | Dentro | | Fuera | | Dentro | | Fuera | |
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |
| 1. dT 1ra. Dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. dT 2da. Dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. dT 3ra. dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. dT 4ta. Dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. dT 5ta. dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. VPH 1ra Dosis (Dosis Unica) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. VPH 2da Dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. SR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Antiamebílica (dosis única) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Hepatitis B 1ra. Dosis trabajadores de Salud | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Hepatitis B 2da. dosis trabajadores de Salud | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Hepatitis B 3ra. dosis trabajadores de Salud | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Hepatitis B 1ra. dosis población vulnerable (VIH) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Hepatitis B 2da. dosis población vulnerable (VIH) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Hepatitis B 3ra. dosis población vulnerable (VIH) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. Hepatitis B 1ra. dosis población vulnerable enf. Renales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Hepatitis B 2da. dosis población vulnerable enf renales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. Hepatitis B 3ra. dosis población vulnerable enf renales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19. Influenza estacional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20. Influenza estacional a personas con enf. crónicas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21. Influenza estacional a mujeres embarazadas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22. Influenza estacional a personal de salud | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23. COVID-19 1ra Dosis (inmunodeprimid | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24. COVID-19 2da Dosis (inmunodeprimid | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25. COVID-19 3ra Dosis (inmunodeprimid | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26. COVID-19 Dosis anual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27. COVID-19 Dosis Unica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28. COVID-19 Dosis de Refuerzo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| MALARIA Número de tratamientos específicos entregados al paciente confirmado | Vivax | | Falciparum | |
|--|-------|---|------------|---|
| | M | F | M | F |
| 1. Menores de 1 año | | | | |
| 2. De 1 a menores de 5 años | | | | |
| 3. De 5 años y más | | | | |
| 4. Mujer embarazada | | | | |
| 5. Tratamientos específicos para malaria grave | | | | |

| RABIA | M | F |
|---|---|---|
| 1. N° de personas con vacuna Antirrábica | | |
| 2. N° de personas con esquema clasico completo | | |
| 3. N° de personas con esquema reducido completo | | |
| 4. N° de personas que abandonaron esquema | | |
| 5. N° de perros y gatos con vacuna antirrábica | | |

| VIH - SIFILIS | M | F |
|--|---|---|
| 1. N° de Embarazadas con Prueba Rápida VIH (1ra prueba) | | |
| 2. N° de Embarazadas con Prueba Rápida VIH (2da prueba) | | |
| 3. N° de Mujeres con Prueba Rapida VIH en el parto o puerperio | | |
| 4. N° de Embarazadas con Prueba para Sifilis (1ra prueba) | | |
| 5. N° de Embarazadas con Prueba para Sifilis (2da prueba) | | |
| 6. N° de Mujeres con Prueba para sifilis en el parto o puerperio | | |
| 7. N° de Personas con Prueba Rápida de VIH | | |

| LEISHMANIASIS | INICIADO | | CONCLUIDO | |
|---|----------|---|-----------|---|
| | M | F | M | F |
| 1. Tratamientos de Leishmania cutánea | | | | |
| 2. Tratamientos de Leishmania mucosa | | | | |
| 3. Tratamientos de Leishmania mucosa y cutánea (mucosa) | | | | |
| 4. Tratamientos de Leishmania visceral | | | | |

| CHAGAS | | INICIADO | | CONCLUIDO | | TUBERCULOSIS Y LEPRO | | | | | | | | | | | | M | F | | | | |
|--|---|--------------------|---|-----------------|---|----------------------|---|------------|---|---------------|---|--------------|---|--------------|---|--------------|---|--------------|---|------------|---|-------|--|
| | | M | F | M | F | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Tratamientos RN a menores de 1 año de edad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Tratamientos 1 año a menores de 5 años de edad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Tratamientos 5 años a menores de 15 años de edad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Tratamientos de 15 años y más | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Tratamientos en mujeres post parto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Viviendas Evaluadas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Viviendas Positivas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Viviendas Rociadas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCIDENTES POR OFIDIOS Y ANIMALES PONZOÑOSOS | | M | | F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. N° de Tratamientos iniciados con suero antiofídico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. N° de tratamientos iniciados con suero antiaracnido | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. N° de tratamientos iniciados con suero antiescorpionico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELESALUD | | < 6 meses | | 6 meses < 1 año | | 1 a 4 años | | 5 a 9 años | | 10 a 14 años | | 15 a 19 años | | 20 a 39 años | | 40 a 49 años | | 50 a 59 años | | 60 años + | | | |
| | | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | | |
| TELEINTERCONSULTAS | N° de Teleinterconsultas generadas (N) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | N° de Teleinterconsultas generadas (S) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | N° de Teleinterconsultas de respuesta efectivizadas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELECONSULTAS | N° de Teleconsultas (N) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | N° de Teleconsultas (S) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELEMETRÍAS | TELEDISPOSITIVOS | Ecógrafo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Electrocardiógrafo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Espirómetro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Colposcopio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Otoscopio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Oftalmoscopio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Monitor de Signos Vitales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELEEDUCACIÓN | | MEDICOS | | ENFERMERA | | AUX. ENF. | | ODONTO. | | OTRO PERSONAL | | ESCOLAR | | JOVENES | | ADULTOS | | DIRIGENTE | | PROMOTORES | | OTROS | |
| | | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | | |
| 1. Nro. de participantes de telecapacitaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Nro. de participantes de telepromociones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Declaro la veracidad de los datos del presente formulario

Firma
Lugar y Fecha: _____