

<i>Salmonella no typhi</i>										
<i>Salmonella typhi</i>										
<i>Shigella spp</i>										
<i>Campylobacter spp</i>										
<i>Vibrio Cholerae</i>										
<i>Rotavirus</i>										
<i>Clostridium difficile</i>										
Agentes causantes de ITS	Muestras tomadas o recibidas por el Laboratorio		Muestras procesadas				Casos Positivos			
	M	F	M	F	M	F	M	F	Embarazadas	
<i>Virus Hepatitis B</i>										
<i>Trichomonas vaginalis</i>										
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>										
<i>Chlamydia trachomatis</i>										
<i>Treponema pallidum</i>										
<i>Treponema pallidum (congénito)</i>										
<i>Haemophilus ducreyi (Chancroide)</i>										
<i>Virus Herpes simple (VSH)</i>										
<i>VIH</i>										
aVIH	RN a Menor de 6 Meses		6 Meses a menor de 1 año		1 a 4 años		5 a 15 años		Mayores de 15 años	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Casos Positivos										

DECLARACION JURADA

Yo: _____
Nombre y Apellidos
Declaro la veracidad de los datos del presente formulario

FIRMA

Lugar y Fecha _____