

Anexo 1

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

Día de reporte: ___/___/___ Hoja de Atención N° ___/___
 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__

Nº	NOMBRE	EDAD	SEXO M / F	LOCALIDAD PROCEDENCIA	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO



Vallejos S.

(Handwritten signature)
 L. SUAREZ P.

Responsable del reporte _____ Fecha: ___/___/___

