

Datos del profesional de salud, consulta y tipo de cuestionario
(para ser completado por el equipo de investigación local)

ID Profesional (pre-impreso) _____		<i>prov.id</i>
Periodo de consulta	<i>Inicio</i> ___ / ___ / ___ (DD / MM / YY)	<i>Final</i> ___ / ___ / ___ (DD / MM / YY)
Tipo de paquete	<input type="checkbox"/> 1 – Formatos de registro muy cortos	<input type="checkbox"/> 2 – Formatos de registro cortos
	<input type="checkbox"/> 3 – Formatos de registro largos	<i>tallytype</i>

Consulta para adultos
(para ser diligenciado por el profesional del CAPS o el administrador)

Número de consultas de adultos durante el período de consulta _____	<i>n.consultations</i>
--	------------------------