

Ins8_Arm1234_Provider_Tally Sheets Cover Form_BL and IMP_MEX_SP

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

ID Proveedor _____		<i>prov.id</i>
Periodo de consulta	<i>Inicio</i> ___ / ___ / ___ (DD / MM / AA)	<i>Final</i> ___ / ___ / ___ (DD / MM / AA)
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 llenado por el director o profesional del Centro de Salud)

Número de consultas de adultos (mayores de 18 años) durante el período de tamizaje	_____	<i>n.consultations</i>
---	-------	------------------------