



República de Panamá
Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social
Programa Nacional para el Control de la Tuberculosis

—
Libro de Registro para el Control
y Seguimiento del Tratamiento
de la **Tuberculosis Sensible**

MINISTERIO DE SALUD
CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

INSTRUCTIVO PARA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS

El presente Libro de Registro y Seguimiento de Pacientes, es el instrumento de información oficial del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCTB); tiene carácter confidencial y debe ser adecuadamente conservado. Se registrará a los pacientes diagnosticados y que reciben tratamiento antituberculoso en esta unidad. En base a esta información recolectada, realizar el consolidado trimestral.

1. Número de Orden: Anotar los números en forma consecutiva de acuerdo al orden en que ingresan los pacientes. Empezar con el N° 1 el primer día del mes de Enero y terminar el 31 de diciembre. Esto le permitirá un registro correcto y conocer el número total de casos por año. Trazar una línea de color rojo al concluir el registro de cada trimestre informado.

2. Número según TB/SISVIG: Anotar los números en forma consecutiva de acuerdo al orden en que ingresan los pacientes al módulo TB/SISVIG

3. Fecha de ingreso al programa: Anotar el día, mes y año con números, cuando el paciente toma la primera dosis del medicamento, ya sea en el hospital u otra instalación de salud.

4. Nombres y Apellidos: Escribir los nombres y apellidos, con letra imprenta.

5. Número de documento de identidad o Seguro Social: Anotar el número de cédula o seguro social del paciente.

6. Edad: Anotar la edad de acuerdo al sexo Masculino (M) o Femenino (F).

7. Referido: Marcar con una cruz (X) una de las casillas y anotar la fecha correspondiente.

8. Instalación de Salud que lo Refirió: Anotar el nombre de la instalación que refiere al paciente.

9. Instalación de Diagnóstico: Escribir el nombre de la

instalación que hizo el diagnóstico.

10. Localización Anatómica: Marcar con una cruz (X) la casilla correspondiente.

11. Historia de Tratamiento Previo:

Pacientes nuevos, que nunca han sido tratados por TB o que han recibido medicamentos anti TB por menos de un mes.

Pacientes con recaída, han sido previamente tratados por TB, fueron declarados curados o tratamiento completo al final de su último ciclo de tratamiento, y ahora son diagnosticados con un episodio recurrente de TB (ya sea una verdadera recaída o un nuevo episodio de TB causado por reinfección).

Pacientes con tratamiento después de fracaso, son aquellos previamente tratados por TB y su tratamiento fracasó al final de su más reciente curso de tratamiento.

Pacientes con tratamiento después de pérdida al seguimiento, fueron tratados previamente por TB y declarados pérdida al seguimiento al final de su tratamiento más reciente. (Estos eran conocidos previamente como pacientes tratados después de abandono).

Otros pacientes previamente tratados, son aquellos que han sido previamente tratados por TB, pero cuyo resultado después del tratamiento más reciente es desconocido o indocumentado.

Pacientes con historia desconocida de tratamientos previos por TB, no encajan en ninguna de las categorías mencionadas anteriormente.

12. Fecha de inicio de Tratamiento: Anotar el día, mes y año con números, cuando el paciente toma la primera dosis de medicamentos, ya sea en el hospital u otra instalación de salud.

13. Resultado de pruebas Diagnósticas:

Baciloscopías: Todo paciente debe tener al menos dos baciloscopías diagnósticas. Anotar en su columna correspondiente fecha y resultado, según el reporte en el formulario de baciloscopías, ejemplo (1+,2+,3+y 0-9 bacilos) Sólo se pide una tercera muestra para confirmar diagnóstico.

Cultivo: anotar fecha y resultado positivo, negativo u otra micobacteria.

Técnicas Moleculares: si es Xpert, anotar MTB detectado, MTB no detectado, indeterminado o no válido. En caso de utilizar cualquiera otra técnica molecular anotar según reporte de laboratorio.

14. Seguimiento mensual de Baciloscopías y Cultivos:

Las baciloscopías se deben apuntar en color azul o negro cada mes durante el tratamiento; anotar la fecha y resultado según el reporte en el formulario de baciloscopías en el mes correspondiente.

Los cultivos se deben apuntar en color rojo; anotar fecha y resultado positivo, negativo u otra micobacteria.

15. Actividades colaborativas TB/VIH:

Condición previa de VIH, anotar la fecha correspondiente de acuerdo a resultado presentado.

Nueva prueba de VIH, si el paciente desconoce su condición de VIH o presenta factor de riesgo o si tiene más de 6 meses con una prueba negativa, solicitarle nueva prueba de VIH.

Terapia Antiretroviral, anotar la fecha correspondiente de acuerdo a resultado presentado.

Terapia con Cotrimoxazol, anotar la fecha correspondiente de acuerdo a resultado presentado.

Antecedente con Terapia con Isoniacida, anotar la fecha del primer día de toma del medicamento.

16. Condición de Egreso:

Curado, paciente con TB pulmonar con bacteriología

confirmada al inicio del tratamiento y que tiene baciloscopia o cultivo negativo en el último mes de tratamiento y al menos en una ocasión anterior.

Tratamiento completo, paciente con TB que completo el tratamiento sin evidencia de fracaso PERO sin constancia que muestre que la baciloscopia o el cultivo de esputo del último mes de tratamiento y al menos en una ocasión anterior fueron negativos, ya sea porque las pruebas no se hicieron, o porque los resultados no estén disponibles.

Pérdida en el seguimiento, paciente con TB que no inició tratamiento o interrumpió el tratamiento durante 2 meses consecutivos o más.

Fracaso al tratamiento, paciente con TB cuya baciloscopia o cultivo de esputo es positivo en el mes 5 o posterior durante el tratamiento.

Fallecido, paciente con TB que muere por cualquier razón antes de comenzar o durante el curso del tratamiento.

No evaluado, paciente con TB que no se le ha asignado el resultado de tratamiento, incluye los casos «transferidos» a otra unidad de tratamiento que se le desconoce el resultado y también los casos cuyo resultado del tratamiento se desconoce en la unidad que reporta.

Excluido, pacientes que tienen una TB-RR o TB-MDR y deben comenzar con un esquema adecuado con medicamentos de segunda línea.

17. Transferido: Marcar con una cruz (X) una de las casillas y anotar la fecha correspondiente.

18. Instalación de Transferencia: Anotar el nombre de la instalación que transfiere al paciente.

19. Observación: Anotar otros aspectos relevantes que no figuren en el formato.

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS SENSIBLE

REGIÓN:

INSTALACIÓN DE SALUD:

RESPONSABLE:

N° DE ORDEN	NÚMERO SEGÚN TB/SISVIG	FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA			NOMBRE Y APELLIDO	N° DE DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD O SEGURO SOCIAL	EDAD		REFERIDO		FECHA	INSTALACIÓN DE SALUD QUE LO REFIRIÓ	INSTALACIÓN DE DIAGNÓSTICO
		DD	MM	AAA			M	F	SÍ	NO			
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA

N° DE ORDEN	FECHA DE SEGUIMIENTO MENSUAL BACILOSCOPIAS Y CULTIVOS								ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH																				
	MES 3		MES 4		MES 5		MES 6		CONDICIÓN DE VIH PREVIA			NUEVA PRUEBA DE VIH		TERAPIA ANTIRETROVIRAL															
	FECHA	RESULTADO	FECHA	RESULTADO	FECHA	RESULTADO	FECHA	RESULTADO	POSITIVO	NEGATIVO	DESCONOCIDO	SÍ	NO		FECHA														
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA			
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS SENSIBLE

REGIÓN:

INSTALACIÓN DE SALUD:

RESPONSABLE:

N° DE ORDEN	NÚMERO SEGÚN TB/SISVIG	FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA			NOMBRE Y APELLIDO	N° DE DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD O SEGURO SOCIAL	EDAD		REFERIDO		FECHA	INSTALACIÓN DE SALUD QUE LO REFIRIÓ	INSTALACIÓN DE DIAGNÓSTICO
		DD	MM	AAA			M	F	SÍ	NO			
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA
		DD	MM	AAA							DD	MM	AAA

N° DE ORDEN	FECHA DE SEGUIMIENTO MENSUAL BACILOSCOPIAS Y CULTIVOS								ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH												
	MES 3		MES 4		MES 5		MES 6		CONDICIÓN DE VIH PREVIA			NUEVA PRUEBA DE VIH			TERAPIA ANTIRETROVIRAL						
	FECHA	RESULTADO	FECHA	RESULTADO	FECHA	RESULTADO	FECHA	RESULTADO	POSITIVO	NEGATIVO	DESCONOCIDO	SÍ	NO	FECHA							
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA
	DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA			DD	MM	AAA	DD	MM	AAA

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS SENSIBLE

REGIÓN:

INSTALACIÓN DE SALUD:

RESPONSABLE:

N° DE ORDEN	NÚMERO SEGÚN TB/SISVIG	FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA	NOMBRE Y APELLIDO	N° DE DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD O SEGURO SOCIAL	EDAD		REFERIDO		FECHA	INSTALACIÓN DE SALUD QUE LO REFIRIÓ	INSTALACIÓN DE DIAGNÓSTICO
					M	F	SÍ	NO			
		DD MM AAA							DD MM AAA		
		DD MM AAA							DD MM AAA		
		DD MM AAA							DD MM AAA		
		DD MM AAA							DD MM AAA		
		DD MM AAA							DD MM AAA		
		DD MM AAA							DD MM AAA		
		DD MM AAA							DD MM AAA		
		DD MM AAA							DD MM AAA		
		DD MM AAA							DD MM AAA		
		DD MM AAA							DD MM AAA		
		DD MM AAA							DD MM AAA		
		DD MM AAA							DD MM AAA		
		DD MM AAA							DD MM AAA		
		DD MM AAA							DD MM AAA		
		DD MM AAA							DD MM AAA		
		DD MM AAA							DD MM AAA		
		DD MM AAA							DD MM AAA		
		DD MM AAA							DD MM AAA		
		DD MM AAA							DD MM AAA		

N° DE ORDEN	FECHA DE SEGUIMIENTO MENSUAL BACILOSCOPIAS Y CULTIVOS								ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH							
	MES 3		MES 4		MES 5		MES 6		CONDICIÓN DE VIH PREVIA			NUEVA PRUEBA DE VIH			TERAPIA ANTIRETROVIRAL	
	FECHA	RESULTADO	FECHA	RESULTADO	FECHA	RESULTADO	FECHA	RESULTADO	POSITIVO	NEGATIVO	DESCONOCIDO	SÍ	NO	FECHA		
	DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA			DD MM AAA	DD MM AAA
	DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA			DD MM AAA	DD MM AAA
	DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA			DD MM AAA	DD MM AAA
	DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA			DD MM AAA	DD MM AAA
	DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA			DD MM AAA	DD MM AAA
	DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA			DD MM AAA	DD MM AAA
	DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA			DD MM AAA	DD MM AAA
	DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA			DD MM AAA	DD MM AAA
	DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA			DD MM AAA	DD MM AAA
	DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA			DD MM AAA	DD MM AAA
	DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA			DD MM AAA	DD MM AAA
	DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA			DD MM AAA	DD MM AAA
	DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA			DD MM AAA	DD MM AAA
	DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA			DD MM AAA	DD MM AAA
	DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA		DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA	DD MM AAA			DD MM AAA	DD MM AAA

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS SENSIBLE

REGIÓN:

INSTALACIÓN DE SALUD:

RESPONSABLE:

N° DE ORDEN	NÚMERO SEGÚN TB/SISVIG	FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA			NOMBRE Y APELLIDO	N° DE DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD O SEGURO SOCIAL	EDAD		REFERIDO		INSTALACIÓN DE SALUD QUE LO REFIRIÓ	INSTALACIÓN DE DIAGNÓSTICO
		DD	MM	AAA			M	F	SÍ	NO		
		DD	MM	AAA								
		DD	MM	AAA								
		DD	MM	AAA								
		DD	MM	AAA								
		DD	MM	AAA								
		DD	MM	AAA								
		DD	MM	AAA								
		DD	MM	AAA								
		DD	MM	AAA								
		DD	MM	AAA								
		DD	MM	AAA								
		DD	MM	AAA								
		DD	MM	AAA								
		DD	MM	AAA								
		DD	MM	AAA								
		DD	MM	AAA								
		DD	MM	AAA								
		DD	MM	AAA								
		DD	MM	AAA								

N° DE ORDEN	FECHA DE SEGUIMIENTO MENSUAL BACILOSCOPIAS Y CULTIVOS								ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH																									
	MES 3		MES 4		MES 5		MES 6		CONDICIÓN DE VIH PREVIA			NUEVA PRUEBA DE VIH			TERAPIA ANTIRETROVIRAL																			
	FECHA	RESULTADO	FECHA	RESULTADO	FECHA	RESULTADO	FECHA	RESULTADO	POSITIVO	NEGATIVO	DESCONOCIDO	SÍ	NO	FECHA																				
	DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA					DD	MM	AAA	DD	MM	AAA					
	DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	
	DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	
	DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	
	DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	
	DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	
	DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	
	DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	
	DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	
	DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	
	DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA		DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	DD	MM	AAA	



Programa Nacional para el Control de la Tuberculosis

*¡Unidos para poner fin a
la Tuberculosis!*

Juntos lo lograremos