

DATOS DEL DIAGNÓSTICO

Fecha:

Localización:

Pulmonar Extrapulmonar

BACILOSCOPIAS DE CONTROL			CULTIVO
Fecha	Resultados		
<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAA"/>			
<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAA"/>			
<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAA"/>			
<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAA"/>			
<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAA"/>			
<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAA"/>			

**Recuerde del cumplimiento
del tratamiento depende
su curación**



MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
Programa Nacional para el Control de la Tuberculosis

Tarjeta de Registro para el Control del Tratamiento de la Tuberculosis Sensible

Nombre: _____

Cédula: _____

Dirección: _____

Instalación de salud que brinda el tratamiento:



REGISTRO Y CONTROL DE TRATAMIENTO	TRATAMIENTO QUE RECIBE EL PACIENTE											
	FASE	DURACIÓN / DOSIS	PERIODICIDAD	MEDICAMENTOS								
	1ra											
	2da											

FASE	MES AÑO	MARQUE SU FIRMA EN EL RECUADRO QUE CORRESPONDA																														
		SEGUIMIENTO DIARIO																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31