

Atención Prioritaria

Centro de Salud: FECHA

Nombre y Apellido:.....

Domicilio:.....Tel:.....

Tos por mas de una semana	Si	No
Tos que aumenta en la noche		
Fiebre		
Vomitos despues de la tos		
Neumonía		

Erupción / Exantema (*)		
Ganglios detrás de las orejas (*)		

(*) CORRESPONDE A RUBEOLA

Visitado por:.....

Atención Prioritaria

Centro de Salud: FECHA

Nombre y Apellido:.....

Domicilio:.....Tel:.....

Tos por mas de una semana	Si	No
Tos que aumenta en la noche		
Fiebre		
Vomitos despues de la tos		
Neumonía		

Erupción / Exantema (*)		
Ganglios detrás de las orejas (*)		

(*) CORRESPONDE A RUBEOLA

Visitado por:.....