Registro de desparasitación comunitaria.

FECHA (Día/Mes/Año): LUGAR/ESCUELA:

DEPARTAMENTO: LÍDER:

Instrucciones Registre toda la comunidad. Reporte total siguiendo las instrucciones. Nombre	SEXO M/F	Fecha de nacimiento			Edad en años y meses cumplidos desde el nacimiento.		¿Embarazda?		¿Lactancia materna?		Albendazol 400 mg Número de tabletas	Peso * (kg) hasta 0.1	Altura* (cm) hasta 0.1
		Día	Mes	Año	Años	Meses	Si	No	Si	No			