SEGURO SOCIAL CAMPESINO

INFORME MENSUAL DE BIENESTAR FAMILIAR Y DOC POR DISPENSARIO

A. SUBDIRECCION PROVINCIAL: _____ B. DEPARTAMENTO PROVINCIAL: _____ C. FECHA: Año: ____ Mes: ____

D. DISPENSARIO: _____ E. CODIGO: _____ F: MEDICO: _____ G. AUXILIAR: _____

DIA	Nº CEDULA IDENTIDAD	Tipo beneficiar.				Atendido por		Caso nuevo	DIU				Entrega de				Esteri-lización		Causa de abandono				PAP	
		Seguro Social Campesino	Seguro Social Obligatorio	Mater. Gratuita	Otros	Médico	Auxiliar		Control	Expulsión	Retiro	Inserción	Hormonales	Barrera	Espermaticidas	Otros	Masculina	Femenina	Deseo de embarazo	Prescripción médica	Deseo pers.	Falla de método	Primera	Subsecuente
H	I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
TOTAL																								

Form. Nº 6100-063

_____ MEDICO

_____ AUXILIAR