MINISTERIO DE SALUD

FORMATO DE ELIMINACIÓN DE CRIADEROS Y ABATIZACION

SILAIS: Municipio: sector Salud:
Barrio: Comunidad:
Fecha:_____ Nombre del Brigadista:_____ Manzana: _____

N°	Nombre del Jefe de Familia	Viviendas				Depósitos						Criaderos Eliminados	Abate	Charlas Brindadas	Febriles Captados
		Visitadas	Trabajadas	Cerradas	Renuentes	Inspeccionado	Abatizados	Elimidado	Cepillados	Larveriado	Neutralizado		Gramos		
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
Total															