

VII. ACTIVIDADES DE CONTROL REALIZADAS

52. Desinsectación: Si No Fecha: ____/____/____ Insecticida utilizado: _____
 53. Desratización: Si No Fecha: ____/____/____ Método: _____

Ordenamiento del medio

54. Recojo de inservibles Si No Fecha: ____/____/____
 55. Almacenamiento adecuado de alimento humano y animal Si No Fecha: ____/____/____
 56. Sellado de madrigueras: Si No Fecha: ____/____/____
 57. Entierro sanitario de residuos sólidos: Si No Fecha: ____/____/____
 58. Limpieza de canales de regadío: Si No Fecha: ____/____/____

Mejoramiento de la vivienda

59. En pisos: Si No Fecha: ____/____/____
 60. En paredes: Si No Fecha: ____/____/____
 61. En techos: Si No Fecha: ____/____/____

Educación sanitaria

62. Actividades de comunicación: Si No Fecha: ____/____/____
 63. Actividades de sensibilización: Si No Fecha: ____/____/____

VIII. DIAGNÓSTICO

	Sospechoso		Probable		Confirmado
64. Peste bubónica:	<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____
65. Peste septicémica:	<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____
66. Peste neumónica:	<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____
67. Otras formas:	<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____

IX. LABORATORIO

TIPO DE MUESTRA	FECHA	RESULTADO
Aspirado de bubón	____/____/____	_____
Sangre	____/____/____	_____
Suero	____/____/____	_____
Espujo	____/____/____	_____
Hisopado faríngeo	____/____/____	_____
Otros	____/____/____	_____

X. OBSERVACIONES

XI. RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN

Nombre y Apellidos: _____
 Cargo: _____
Firma y Sello