

Tratamiento Supresivo

Si: ☐ Ministrado ☐ Suministrado

☐ No: Motivo: _____

Medicamento y número de pastillas:

1/4	1/4	1	1 1/4	2	2 1/4	3	3 1/4	4
-----	-----	---	-------	---	-------	---	-------	---

Cloroquina:

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Primaquina 5 mg:

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Primaquina 15 mg:

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Tutor o testigo del paciente

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

Nombre (s): _____ Sexo: ☐ Masculino: ☐ Femenino:

Identificación: ☐ Sin identificación: ☐ INE ☐ Pasaporte ☐ Oportunidades ☐ Cartilla de salud Número: _____

Relación: ☐ Padre/Madre ☐ Padrastro/Madrastra ☐ Hijo(a) ☐ Tío(a) ☐ Abuelo(a) ☐ Otro familiar

☐ Profesor (a) ☐ Conocido (a) ☐ Vecino(a)

Domicilio alternativo del paciente **Llenar en caso de no ser residente del domicilio trabajado*

País: _____ Estado: _____ Municipio: _____

Localidad/Colonia: _____ Calle: _____

No. exterior: _____ No. interior: _____ Sector: _____ Manzana: _____ Código Postal: _____

Referencia de ubicación: _____

Persona que llena el formato

Adscripción, brigada o unidad de salud: _____ Nombre: _____