



ENTIDAD: _____	JURISDICCIÓN SANITARIA _____	MUNICIPIO _____	LOCALIDAD _____	CENTRO DE SALUD _____						
MANZANA/CALLE _____	No. de AGEB _____	AREA GEO-ECONOMICA: <div> Residencial <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> </div>	FECHA <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO								

[illegible]