

**CEDULA TIPO ANEXO N° 5**  
**CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS**  
**Y CONTROL DE ENFERMEDADES**  
**DIRECCION GENERAL ADJUNTA DE PROGRAMAS PREVENTIVOS**  
**SUBDIRECCION DE ZONOSIS**

LOGO  
SESA

**ENCUESTA PARA EVALUACION DE CONDICIONES DE OPERACIÓN DEL PUESTO O BRIGADA**  
**DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA CANINA Y FELINA 2015**

Fecha: _____	Supervisor: _____
Entidad: _____	Jurisdicción: _____
Municipio: _____	Localidad: _____

1. Tipo

Puesto de Vacunación Fijo <input type="checkbox"/>	Brigada Casa a Casa <input type="checkbox"/>
Puesto de Vac. Semifijo <input type="checkbox"/>	Ubicación: _____

2. Personal

Cantidad: \_\_\_\_\_

3. Turno

Matutino <input type="checkbox"/>	Vespertino <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-------------------------------------

Hora de Inicio: \_\_\_\_\_

Fin de jornada: \_\_\_\_\_

4. ¿Recibió Capacitación para esta actividad?

Si ☐ No ☐

¿En que fecha? \_\_\_\_\_

¿Por quién fue impartida? \_\_\_\_\_

¿En cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

5. ¿Ha recibido visitas de supervisión hoy?

Si ☐ No ☐

¿De quién? \_\_\_\_\_

6. Ubicación e Identificación

¿El puesto de vacunación, se ubicó donde se había planeado?

Si ☐ No ☐

No, ¿Porque? \_\_\_\_\_

¿El puesto de vacunación cuenta, con cartel identificador?

Si ☐ No ☐

No, ¿Porque? \_\_\_\_\_

¿Se informa a la comunidad que el servicio de vacunación es gratuito?

Si ☐ No ☐

No, ¿Porque? \_\_\_\_\_

¿En el momento de la supervisión, se cuenta con personal realizando actividades de promoción en el área?

Si ☐ No ☐

No, ¿Porque? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿qué tipo de promoción se realiza?

Perifoneo ☐ Volanteo ☐ Otro ☐

Especifique: \_\_\_\_\_

## 7. Disponibilidad de Insumos

Hora del día \_\_\_\_\_

Insumo	No	Si	Cantidad	Insumo	No	Si	Cantidad
Vacuna				Reporte Diario de Brigada			
Placas				Hielo			
Jeringas				Termómetro			
Agujas				Tabla de Soporte			
Certificados				Toallas de Papel			
Mesa				Bolsa para Basura			
Sillas				Cuerda p/ Bozal			
Boligrafo				Papel de Estraza			
Thermo				Jabón			

Temperatura interna del Thermo: \_\_\_\_\_ °C

Observaciones:

---



---



---



---

Supervisor

Responsable del puesto

\_\_\_\_\_  
(Nombre)\_\_\_\_\_  
(Nombre)\_\_\_\_\_  
( Firma)\_\_\_\_\_  
(Firma)