COMISION HONORARIA PARA LA LUCHA ANTITUBERCULOSA- EP

PROGRAMA DE POST-ELIMINACION DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN

FORMULARIO DE REGISTRO DE CONTACTOS*

Nombre Paciente			
Nombre contactos	Edad	Cedula de Identidad	Dirección

*Contacto: Se considera contacto intradomiciliario a toda persona que resida o haya residido con el caso en los últimos 5 años. Tener en cuenta de todas formas, contactos sociales o laborales o anteriores a los 5 años en casos MB si fuera necesario.