Departamento o distrito: _____

Municipio: _____

Institución: _____

No	Fecha de captación	Nombre y Apellidos del SR	Ead y Sexo		No de identificación	Grupo Etnico***	Dirección / teléfono - Comunidad/asentamiento	Régimen de afiliación	Entidad Afiliadora	Se realizó BK y/o cultivo		Observaciones
			F	M						Si	No	

***En caso de etnias indigenas especificar el pueblo indigena al que pertenece el paciente

Persona Responsable: _____

Año: _____