

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Sistema de Información de Estadísticas Complementarias aprobado por Resolución No. De la Oficina Nacional de Estadística de Fecha: SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL	ACTIVIDADES DE REHABILITACION DE LA CARA Y PRÓTESIS BUCO MAXILO FACIAL	INFORME DEL PERIODO I TRIM. <input type="checkbox"/> II TRIM. <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> AÑO:	MODELO 241-470 PÁG.. 1 de 1 PERIODICIDAD: TRIMESTRE ACUMULADO UNID. DE MEDIDA:
---	---	--	---

ORGANISMO:	CENTRO INFORMANTE O ESTABLECIMIENTO	C O D	ORG-CENT-INF-ESTAB
ACTIVIDAD FUNDAMENTAL	PROVINCIA:	MUNICIPIO:	CAE PROV-MUN

Conceptos	Fila	Grupos de Edad								
		0-4	5-11	12-14	15-18	19-34	35-59	mas	Total	
A	B	1	2	3	4	5	6	7	8	
Consultas	1									
Ingresos	2									
Etiología de la lesión	3									
	4									
	5									
	6									
Ttos. concluidos	7									
Localización del defecto	8									Número
	9									9
	10									
	11									
	12									
	13									
	14									
	15									
	16									
	17									
Tipo de Tratamiento	18									
	19									

ACTIVIDADES DE LABORATORIO							
Conceptos	Fila	Materiales utilizados				Total	
		Acrílico	Silicona	Metal	Comer-		
C	D	11	12	13	14	15	
Tipo de Aparato Terminado y Otras Actividades	20						
	21						
	22						
	23						
	24						
	25						
	26						
	27						
	28						
	29						
	30						
	31						
	32						
	33						
	34						
35							

OBSERVACION:

Certificamos que los datos contenidos en este modelo se corresponden con los anotados en nuestros registros primarios de acuerdo con las instrucciones vigentes para la elaboración del mismo <table border="1" style="width:100%; height: 20px; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width:30%; text-align: center;">A</td> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:30%;"></td> </tr> </table>	A			JEFE DPTO. _____ NOMBRE Y APELLIDOS _____ FIRMA	DIRECTOR _____ NOMBRE Y APELLIDOS _____ FIRMA
A					