

Censo nominal de casos y personas vulnerables

Estado _____

Municipio _____

Localidad _____

Colonia _____

Nombre del refugio temporal _____

Fecha _____

Jurisdicción Sanitaria _____

Institución que reporta _____

No.	NOMBRE	EDAD		DOMICILIO, SECCIÓN O SITIO DE UBICACIÓN PARA SEGUIMIENTO	STATUS DE SALUD		REFERENCIA		OBSERVACIONES (Indicar cualquier condición especial o necesidad de atención)
		M	F		SANA	ENFERMA	LUGAR	FECHA	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

NOMBRE DE RESPONSABLE _____

FIRMA _____