

Fecha	_____	Municipio	_____	Jurisdicción Sanitaria	_____
Estado	_____	Colonia	_____	Región	_____
Localidad	_____	CLUES	_____	Latitud	_____
Tipo de unidad de salud	_____			Longitud	_____
Lugar de atención	_____			Reporta:	
Nombre de la unidad notificante	_____			Unidad de salud	
				Unidad Médica Móvil	
				Módulo	

[illegible][illegible]

1/1