

Ministerio de Salud Pública

Formulario E2: Registro semanal de muestras positivas de Gota gruesa/frotis y Pruebas de diagnóstico rápido de paludismo (malaria)

Establecimiento de salud / Puesto de diagnóstico: _____ **Provincia:** _____

Cantón: _____ Parroquia: _____ Localidad: _____

SE: _____ Del: _____ Al: _____ Año: _____