

FECHA: \_\_\_\_\_  
 REGIÓN/PROVINCIA: \_\_\_\_\_  
 DISTRITO: \_\_\_\_\_  
 CENTRO DE SALUD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ENCARGADO DEL REGISTRO: \_\_\_\_\_

### Multivitaminas para mujeres embarazadas

Información personal del cliente		Estatus del beneficiario (seleccione la opción siguiente apropiado)					Información del niño		Información de distribución de la multivitamina		
Nombre	Fecha de nacimiento	Mujeres en edad reproductiva	Mujeres embarazadas			Mujeres lactantes	Fecha probable de parto	Fecha de nacimiento del niño (actual)	Fecha de distribución	# de dosis distribuidas	Fecha de la siguiente distribución
			1 <sup>er</sup> trimestre	2 <sup>do</sup> trimestre	3 <sup>er</sup> trimestre						
Mujer ejemplo #1	16/11/1998		<input checked="" type="checkbox"/>				-	-	12/07/2011	180	12/03/2012
Mujer ejemplo #2	01/03/1978					<input checked="" type="checkbox"/>	30/05/2011	03/06/2011	12/07/2011	90	12/10/2011
Mujer ejemplo #3	25/06/85				<input checked="" type="checkbox"/>		01/09/2011		12/07/2011	30	12/08/2011
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											