

CASO INDICE H. C. N° : ..... SERVICIO: .....

APELLIDO Y NOMBRES: .....

DOMICILIO: ..... Calle N° Localidad Partido

CONT. N°	APELLIDO Y NOMBRES	EDAD	ANT. TBC	N° de FICHA	PRUEBA TUBERCULINICA	VACUNACION B.C.G	EXAMEN RADIOLOGICO	BACILOS-COPIA	INDICACIONES
	Domicilio		Si No		Fecha Resultado	Fecha	Fecha Resultado		
	Domicilio		Si No		Fecha Resultado	Fecha	Fecha Resultado		
	Domicilio		Si No		Fecha Resultado	Fecha	Fecha Resultado		
	Domicilio		Si No		Fecha Resultado	Fecha	Fecha Resultado		
	Domicilio		Si No		Fecha Resultado	Fecha	Fecha Resultado		
	Domicilio		Si No		Fecha Resultado	Fecha	Fecha Resultado		