FORMULARIO VETA 2

REGISTRO DE CASOS DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS EN CONSULTAS Y LABORATORIOS

1, Fecha: _____ 2, Semana No. _____

3, Ciudad y departamento: _____

4, Nombre del centro _____

5. Caso No.	**6.** Fecha enfermo	**7.** Nombre	**8.** Dirección	**9.** Tel	**10.** Edad	**11.** Género	**12.** Enfermedad	**13.** Agente	**14.** Confirmaciòn	**15.** Alimento probable	**16.** Lugar de consumo	**17.** Comentarios

18, Nombre del que reporta: _____