



**FORMATO PARA LA VIGILANCIA COMUNITARIA EN PVS  
POR INFLUENZA A H1N1**

PAÍS:  Departamento/Provincia:

Sexo: Hombre  Mujer  Edad:

Nombre de PVS

Diagnóstico: Caso Sospechoso  Caso Probable  Caso Confirmado

Atención: Hospitalaria  Casa

Nombre de PFN