

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

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

**Múltiples Micronutrientes/Suplementos Multivitamínicos para Mujeres Embarazadas**

Beneficiario de la información personal		Estatus del beneficiario (seleccione la opción siguiente apropiado)				Información del niño		Información de distribución del suplemento vitamínico			
Nombre	Fecha de nacimiento	Mujeres en edad reproductiva	Mujeres embarazadas			Lactando	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	240	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						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											