



# COMPONENTE BIOQUÍMICO - 2010

FORMULARIO N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN GENERAL

ÁREA URBANA - RURAL

### CONFIDENCIALIDAD:

**LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL INFORMANTE SON ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES Y SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS DE ACUERDO AL ARTÍCULO 21 DE LA LEY DE ESTADÍSTICA**

### 1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL

1. Área:	URBANA <input type="checkbox"/> 1
	RURAL <input type="checkbox"/> 2
2. Provincia:	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. Cantón:	<input type="text"/> <input type="text"/>
4. Cabecera Cantonal o Parroquia Rural:	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. Zona o comunidad:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Sector:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### 2. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

7. N° Vivienda (orden de visita):	<input type="text"/> <input type="text"/>
8. Manzana N°:	<input type="text"/> <input type="text"/>
9. Edificio N°:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10. Dirección Domiciliaria:	_____
	_____
	Avenida, calle N°, bloque, dpto., etc.
Otra Identificación:	_____
	Camino, carretera, sendero, etc.
11. Vivienda original	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12. Número telefónico:	_____
13. Vivienda reemplazo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
14. Vivienda original del reemplazo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### 3. CONDICIÓN DE OCUPACIÓN DE LA VIVIENDA

1. Ocupada con personas presentes	
2. Ocupada con personas ausentes	<b>FIN DE LA ENTREVISTA</b>
3. Vivienda sin persona adulta mayor	<b>FIN DE LA ENTREVISTA</b>
4. Desocupada	<b>FIN DE LA ENTREVISTA</b>

### 4. RESULTADO DE LA ENTREVISTA

Resultados	
1. Completa	
2. Rechazo:	
3. informante imposibilitado:	

**5. IDENTIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR SELECCIONADO PARA LA INVESTIGACIÓN**

Nº	NOMBRE DEL ADULTO MAYOR	
<input type="text"/> <input type="text"/>		
	C.I.#	
EDAD:	<input type="text"/> <input type="text"/>	GÉNERO: 1 HOMBRE <input type="checkbox"/> 2 MUJER <input type="checkbox"/>

**6. SE REALIZO LAS PRUEBAS DE SANGRE Y TODOS LOS EXÁMENES NECESARIOS O REQUERIDOS POR FLEBOTOMISTA**

SI SANGRE <input type="checkbox"/>	NO SANGRE <input type="checkbox"/>
SI ORINA <input type="checkbox"/>	NO ORINA <input type="checkbox"/>

**7. NÚMERO DE VISITAS**

VISITAS CARTÓGRAFO/ FLEBOTOMISTA	VISITA PREVIA	FECHA DEL EXAMEN
FECHA	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/>
HORA DE INICIO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
HORA DE TERMINACIÓN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
DURACIÓN DEL EXAMEN MEDICO	<input type="text"/> <input type="text"/> ORINA	<input type="text"/> <input type="text"/> SANGRE

**8. PERSONAL RESPONSABLE**

<b>COORDINADOR REGIONAL:</b>		
Nombres y Apellidos		
<b>CARTÓGRAFO:</b>		
Nombres y Apellidos		
<b>DIGITADOR:</b>		
Nombres y Apellidos		
<b>FECHA DE ENTREGA</b>		
MES <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/>	COORDINADOR:	CORREGIDO:
<b>FLEBOTOMISTA:</b>		
Nombres y Apellidos		

**9. OBSERVACIONES**

TIEMPO DE AYUNO DEL ADULTO MAYOR		NÚMERO DE REGISTRO DEL LABORATORIO	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HORAS	<input type="text"/>	