

COORDINACIÓN SIDA**Ficha de notificación de partos de mujeres VIH reactivas****II. DATOS DEL HIJO EXPUESTO DE MADRE VIH REACTIVA**Código: _____ / _____ / _____ Edad _____
a b c d e f g h

a) Sexo (M o F); b) 1ª letra del nombre; c) 2ª letra del nombre; d) 1ª letra del apellido; e) 2ª letra del apellido; f) Día; g) Mes; h) Año de nacimiento.

PCR 1 Resultado _____ Fecha ____ / ____ / ____

PCR 2 Resultado _____ Fecha ____ / ____ / ____

PCR 3 Resultado _____ Fecha ____ / ____ / ____

Elisa _____ Fecha ____ / ____ / ____

Diagnóstico definitivo _____ Fecha ____ / ____ / ____

Datos del notificante

Nombre _____

Correo electrónico _____

Institución _____

Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad _____

Firma _____

Fecha de notificación ____ / ____ / ____

Coordinación Sida

Carlos Pellegrini 313, 9º piso

4323-9053 / 9029

4393-0740 / 4328-9160

coordinacionsida@buenosaires.gov.ar