

Tarjeta de Control de  
Tratamiento Supervisado por  
**MALARIA**



**¡ELIMINE LA MALARIA DE  
SU CUERPO!**

Establecimiento de salud:

Nombre del usuario:

Teléfono:

Número de identificación:

Nacionalidad:

Edad:

Peso:

Sexo:  HOMBRE  MUJER

Embarazada  Lactancia

Especie parasitaria:

*P. vivax*  *P. falciparum*

Otro ¿Cuál?:

Comunicarse al Área de Salud o  
Área Rectora:





**¡COMA ANTES DE TOMAR  
LAS PASTILLAS!**



**CONSULTE AL  
ESTABLECIMIENTO DE  
SALUD MÁS CERCANO**



Informe al ATAP o al  
inspector de salud si tiene:



DEBILIDAD  
EXTREMA



CONVULSIONES  
REPETIDAS



DIFICULTAD AL  
RESPIRAR



PALIDEZ  
EXTREMA



PRESIÓN  
BAJA



ORINA OSCURA  
(Color café) Y  
ORINAR POCO



COLOR AMARILLO  
EN LA PIEL Y  
LOS OJOS

