

REGISTRO DE VACUNACIÓN DE ADOLESCENTES, ADULTOS Y EMBARAZADAS

TIPO DE VACUNA / DOSIS		DATOS DE LA VACUNACIÓN Y RESPONSABLES		
		FECHA SE APLICO	LOTE	FIRMA
d/T/TT	1ra. DOSIS	18/8/14		
	2da. DOSIS	14-03-18		
	3ra. DOSIS			
	4ta. DOSIS			
	5ta. DOSIS			
HEPATITIS B	1ra. DOSIS	18/8/14		
	2da. DOSIS			
	3ra. DOSIS			
SARAMPION / RUBEOLA	UNICA*			
INFLUENZA	UNICA**	14-03-18		
	UNICA**			
	UNICA**			
	UNICA**			
	UNICA**			

(*) Contraindicada en Embarazo (**) Corresponde a una dosis de vacuna estacional (anual)

**TARJETA PARA EL CONTROL
DE VACUNACIÓN DE ADOLESCENTES
Y ADULTOS**

EMBARAZADAS: MUJERES EN EDAD
FERTIL (MEF) Y GRUPOS ESPECIALES

DATOS PARA RECORDAR

1. CONSERVE LA TARJETA
2. LLEVE LA CON USTED EN CADA VISITA AL MEDICO
3. LAS VACUNAS SON GRATIS
4. LAS TARJETAS DE VACUNACIONES SON GRATIS
5. LA PROTECCIÓN SE ALCANZA CUANDO CUMPLE CON EL NÚMERO DE DOSIS RECOMENDADAS PARA CADA VACUNA

PAI

REPÚBLICA DOMINICANA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Vacunación de Adolescentes y Adultos



Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

PROV. MUNIC. COD-ESTAB. CODIGO DEL PAI

FECHA DE NAC. _____ / ____ / ____

Nombre: Yolanda Mendez

Dirección: _____

Teléfono: _____

Establecimiento: _____

REGISTRO DE VACUNACIÓN DE ADOLESCENTES, ADULTOS Y EMBARAZADAS

TIPO DE VACUNA / DOSIS		DATOS DE LA VACUNACIÓN Y RESPONSABLES		
		FECHA SE APLICÓ	LOTE	FIRMA
d/T/TT	1ra. DOSIS	18/8/14		
	2da. DOSIS	14-03-18		
	3ra. DOSIS			
	4ta. DOSIS			
	5ta. DOSIS			
HEPATITIS B	1ra. DOSIS	18/8/14		
	2da. DOSIS			
	3ra. DOSIS			
SARAMPION / RUBEOLA	UNICA*			
INFLUENZA	UNICA**	14-03-18		
	UNICA**			
	UNICA**			
	UNICA**			
	UNICA**			

(*) Contraindicada en Embarazo (**) Corresponde a una dosis de vacuna estacional (anual)

**TARJETA PARA EL CONTROL
DE VACUNACIÓN DE ADOLESCENTES
Y ADULTOS**

EMBARAZADAS: MUJERES EN EDAD
FERTIL (MEF) Y GRUPOS ESPECIALES

DATOS PARA RECORDAR

1. CONSERVE LA TARJETA
2. LLEVE LA CON USTED EN CADA VISITA AL MEDICO
3. LAS VACUNAS SON GRATIS
4. LAS TARJETAS DE VACUNACIONES SON GRATIS
5. LA PROTECCIÓN SE ALCANZA CUANDO CUMPLE CON EL NÚMERO DE DOSIS RECOMENDADAS PARA CADA VACUNA

PAI

**REPÚBLICA DOMINICANA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

Vacunación de Adolescentes y Adultos



Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

PROV. MUNIC. COD-ESTAB. CODIGO DEL PAI
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

FECHA DE NAC. _____ / _____ / _____

Nombre: Ubaldina Urbacz

Dirección: _____

Teléfono: _____

Establecimiento: _____

REGISTRO DE VACUNACIÓN DE ADOLESCENTES, ADULTOS Y EMBARAZADAS

TIPO DE VACUNA / DOSIS		DATOS DE LA VACUNACIÓN Y RESPONSABLES		
		FECHA SE APLICO	LOTE	FIRMA
d/T/TT	1ra. DOSIS	18/8/14		
	2da. DOSIS	14/3/14		
	3ra. DOSIS			
	4ta. DOSIS			
	5ta. DOSIS			
HEPATITIS B	1ra. DOSIS	18/8/14		
	2da. DOSIS			
	3ra. DOSIS			
SARAMPION / RUBEOLA	UNICA*			
INFLUENZA	UNICA**	14/3/18		
	UNICA**			
	UNICA**			
	UNICA**			
	UNICA**			

(*) Contraindicada en Embarazo (**) Corresponde a una dosis de vacuna estacional (anual)

**TARJETA PARA EL CONTROL
DE VACUNACIÓN DE ADOLESCENTES
Y ADULTOS**

EMBARAZADAS: MUJERES EN EDAD
FERTIL (MEF) Y GRUPOS ESPECIALES

DATOS PARA RECORDAR

1. CONSERVE LA TARJETA
2. LLEVE LA CON USTED EN CADA VISITA
AL MEDICO
3. LAS VACUNAS SON GRATIS
4. LAS TARJETAS DE VACUNACIONES
SON GRATIS
5. LA PROTECCIÓN SE ALCANZA CUANDO
CUMPLE CON EL NÚMERO DE DOSIS
RECOMENDADAS PARA CADA VACUNA

PAI

**REPÚBLICA DOMINICANA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

Vacunación de Adolescentes y Adultos



Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

PROV. MUNIC. COD-ESTAB. CODIGO DEL PAI
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

FECHA DE NAC. / /

Nombre: Felton Morillo

Dirección: _____

Teléfono: _____

Establecimiento: _____

REGISTRO DE VACUNACIÓN DE ADOLESCENTES, ADULTOS Y EMBARAZADAS

TIPO DE VACUNA / DOSIS		DATOS DE LA VACUNACIÓN Y RESPONSABLES		
		FECHA SE APLICÓ	LOTE	FIRMA
d/T/TT	1ra. DOSIS	18/8/16		
	2da. DOSIS	14/3/18		
	3ra. DOSIS			
	4ta. DOSIS			
	5ta. DOSIS			
HEPATITIS B	1ra. DOSIS	18/8/16		
	2da. DOSIS			
	3ra. DOSIS			
SARAMPION / RUBEOLA	UNICA*			
INFLUENZA	UNICA**	14/3/18		
	UNICA**			
	UNICA**			
	UNICA**			
	UNICA**			

(*) Contraindicada en Embarazo (**) Corresponde a una dosis de vacuna estacional (anual)

**TARJETA PARA EL CONTROL
DE VACUNACIÓN DE ADOLESCENTES
Y ADULTOS**

EMBARAZADAS: MUJERES EN EDAD
FERTIL (MEF) Y GRUPOS ESPECIALES

DATOS PARA RECORDAR

1. CONSERVE LA TARJETA
2. LLEVE LA CON USTED EN CADA VISITA
AL MEDICO
3. LAS VACUNAS SON GRATIS
4. LAS TARJETAS DE VACUNACIONES
SON GRATIS
5. LA PROTECCIÓN SE ALCANZA CUANDO
CUMPLE CON EL NÚMERO DE DOSIS
RECOMENDADAS PARA CADA VACUNA

PAI

**REPÚBLICA DOMINICANA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

Vacunación de Adolescentes y Adultos



Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

PROV. MUNIC. COD-ESTAB. CODIGO DEL PAI

FECHA DE NAC. / /

Nombre: Genny Martinez

Dirección: _____

Teléfono: _____

Establecimiento: _____

REGISTRO DE VACUNACIÓN DE ADOLESCENTES, ADULTOS Y EMBARAZADAS

TIPO DE VACUNA / DOSIS		DATOS DE LA VACUNACIÓN Y RESPONSABLES		
		FECHA SE APLICO	LOTE	FIRMA
d/T/TT	1ra. DOSIS	18/8/14		
	2da. DOSIS	14/3/18		
	3ra. DOSIS			
	4ta. DOSIS			
	5ta. DOSIS			
HEPATITIS B	1ra. DOSIS	18/8/14		
	2da. DOSIS			
	3ra. DOSIS			
SARAMPION / RUBEOLA	UNICA*			
INFLUENZA	UNICA**	14/3/18		
	UNICA**			
	UNICA**			
	UNICA**			
	UNICA**			

(*) Contraindicada en Embarazo (**) Corresponde a una dosis de vacuna estacional (anual)

**TARJETA PARA EL CONTROL
DE VACUNACIÓN DE ADOLESCENTES
Y ADULTOS**

EMBARAZADAS: MUJERES EN EDAD
FERTIL (MEF) Y GRUPOS ESPECIALES

DATOS PARA RECORDAR

1. CONSERVE LA TARJETA
2. LLEVE LA CON USTED EN CADA VISITA AL MEDICO
3. LAS VACUNAS SON GRATIS
4. LAS TARJETAS DE VACUNACIONES SON GRATIS
5. LA PROTECCIÓN SE ALCANZA CUANDO CUMPLE CON EL NÚMERO DE DOSIS RECOMENDADAS PARA CADA VACUNA

PAI

**REPÚBLICA DOMINICANA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

Vacunación de Adolescentes y Adultos



Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

PROV. MUNIC. COD-ESTAB. CODIGO DEL PAI
□□ □□□□ □□□□ □□-□□□□

FECHA DE NAC. / /

Nombre: Albio Alcántara

Dirección: _____

Teléfono: _____

Establecimiento: _____

Registro de Vacunación de Niñas, Niños, Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas / Dosis		Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma / Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis	14/3/18		
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria / Tétanos)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única	14/3/18		
	Única			

(*) Contraindicada en embarazo (**) Dosis única en el año (***) Solo si fuera necesario

Registro para el Control de
Vacunación de Niñas, Niños, Adolescentes,
Embarazadas y Adultos



República Dominicana
Ministerio de Salud
Viceministerio de Salud Colectiva



MENSAJES CLAVES A RECORDAR

1. Vacúnese en el lugar más cercano.
2. Lleve la Tarjeta a cada visita con el médico.
3. Conserve la Tarjeta.
4. Complete el Esquema de cada vacuna para garantizar la protección.
5. Recuerde que la vacunación es gratuita.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Américas

#¡Vacúnate y celebremos un futuro saludable!

VACUNACIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES
EMBARAZADAS Y ADULTOS

Programa Ampliado de Inmunización, PAI

Prov.	Municipal	Cód. Estab.	Código PAI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de Nacimiento: _____

Cédula No.: _____

Nombre: Felicio

Apellido: Santos

Dirección: _____

Teléfono: _____

Establecimiento: _____

Pertenece a la ARS: _____

Registro de Vacunación de Niñas, Niños, Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas / Dosis		Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma / Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria / Tétanos)	1era. Dosis	14-03-18		
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única	14-03-18		
	Única			

(*) Contraindicada en embarazo (**) Dosis única en el año (***) Solo si fuera necesario

Registro de Vacunación de Niñas, Niños, Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas / Dosis		Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma / Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria / Tétanos)	1era. Dosis			
	2da. Dosis	14/3/18		
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única	14/3/18		
	Única			

(*) Contraindicada en embarazo (**) Dosis única en el año (***) Solo si fuera necesario