REPUBLICA DOMINICANA
Ministerio de Industria, Comercio y MiPymes
Santo Domingo, Distrito Nacional
"Año de la Innovación y la Competitividad"

15

11 FEB 2019

CIRCULAR

A : Todo el Personal

Asusto : 1ra Jornada de Vacunación del año 2019

Cortésmente, me dirijo a ustedes con la finalidad de informarles que tendremos nuestra primera Jornada de Vacunación de este año 2019, contra la Hepatitis B, Tétanos DT y la Influenza.

Cabe destacar que las vacunas son aplicadas según el criterio de los médicos presentes, lo que quiere decir que no serán aplicadas a simple elección del interesado. Esta jornada se llevará a cabo los días 14 y 15 de febrero del año en curso en horario de 9:00 a.m. a 12:30 p.m., en el consultorio médico del piso 2, de esta Torre MICM.

Sin otro particular por el momento, les saluda,

Dirección de Gestión Humana
Comprometidos con tu Desarrollo,
y al Servicio de tu Bienestar.

Atentamente,

BIANCA FAJAR
Directora de Gestión Humana.

MINISTERIO DE INDUSTRIA, COMERCIO Y MIPYMES
DIRECCION DE GESTION HUMANA
Santo Domingo, D.N.

BF/MU/pp

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

SUBSECRETARIA DE SALUD COLECTIVA

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)

PROYECTO DE VACUNACION EN SEGUIMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES

Provincia / Area: _____ *Municipio* _____

INSTITUCION _____ *LUGAR:* _____

FECHA: 15/07/2019

ARS: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

No.	NOMBRE_APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)													Datos para Farmacovigilancia		
					dT					Hepatitis B			Sarain/ Rubéola	NEUMOCOCO 13	NEUMOCOCO 23	POLIO	Influenza	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO		
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA		UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA / Nos.	EVENTO
1	Grabiela Batista	402-2114798-7	9/7/91	F	✓														__SI__NO	
2	Meldred Cocco	001-0779166-2	9/10/65	F	✓					✓							✓		__SI__NO	
3	Santa Vasquez	001-1006828-5	15/11/69	F	✓												✓		__SI__NO	
4	Mercedes E. Gonzalez	001-0093027-5	17/1/66	F	✓												✓		__SI__NO	
5	Eduar Carrasco	001-0631108-7	16/01/75	m	✓														__SI__NO	
6	Ignacio Aquinaldo	001-1184477-5	30/7/63	m	✓														__SI__NO	
7	Carlos m. Mendez	001-1487038-8	3/1/79	m	✓														__SI__NO	
8	Juana P. Cespedes	001-1849968-8	21/09/89	F	✓					✓									__SI__NO	
9	Maria Reyes Tavel	001-0918584-3	26/5/53	F			✓												__SI__NO	
10	Jose Manuel Veras	001-0014997-0	9/4/58	m	✓					✓							✓		__SI__NO	
11	Julian Y. Santfront	001-1805458-4	3/10/82	m		✓													__SI__NO	
12	Agustina Reyes	093-0035039	29/9/68	F															__SI__NO	
13	Adriana Hortaina	110-0002349-6	28/4/69	F	✓														__SI__NO	
14	Rafaela Ramirez	001-1705454-4	05/6/87	F	✓					✓									__SI__NO	
15	Maria A. Peralta	001-0341981-9	23/4/65	F			✓												__SI__NO	
16	Miguel A. Capellan	123-0003169-2	14/8/54	m	✓														__SI__NO	
17	Romeo Flores	001-0056058-0	21/08/	m	✓					✓							✓		__SI__NO	
18	Rafael Rodriguez	001-1655856-0	24/10/81	m															__SI__NO	
18	Maria Henriquez	001-0135228-4	20/4/63	F	✓					✓									__SI__NO	
20	Alex Acevedo	140-0001596-2	7/3/82	m	✓														__SI__NO	

Vacunador(a) : _____ Supervisor: _____

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

SUB-SECRETARIA DE SALUD COLECTIVA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)
PROYECTO DE VACUNACION EN SEGUMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES

Provincia / Area: _____ *Municipio* _____ *FECHA:* 15/1/19

INSTITUCION _____ *LUGAR:* _____ *ARS:* _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

No.	NOMBRE_APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)													Datos para Farmacovigilancia		
					dT					Hepatitis B			Saram/ Rubéola	NEUMOCOCO 13	NEUMOCOCO 23	POLIO	Influenza	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO		
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA		UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIAL / CELULAR	NOTIFICA / Nos.	EVENTO
1	Luisina Altoral	224-0081605-9	01/01/67	F													✓		_SI_NO	
2	Rosalia Paquera	001-0016232-3	03/07/69	M			✓										✓		_SI_NO	
3	Rosmery Altagracia	402-0978557	01/09/00	F	✓					✓							✓		_SI_NO	
4	Marcelo Cabral			M	✓					✓							✓		_SI_NO	
5	Sadi Reynoso	001-1786362-1	13/11/85	F	✓					✓							✓		_SI_NO	
6	Hirosotys Ortega	001-0364577-7	16/06/09	F															_SI_NO	
7	Jose A. Cepeda C.	001-0153800-2	7/9/1993	M	✓					✓							✓		_SI_NO	
8	Altagracia J. Encarnación	001-0281900-0	19/12/1964	F	✓					✓									_SI_NO	
9	Alejandro de la Paz	001-0571604-5	4/9/1973	M	✓		✓												_SI_NO	
10	Dionah Pozo	001-0696550-2	3/8/1962	F			✓					✓							_SI_NO	
11	Maria T. Cardona	001-0832878-2	26/3/1971	F			✓			✓									_SI_NO	
12	Geneida Hernández	001-1068263-0	20/9/56	F	✓					✓							✓		_SI_NO	
13	Carmen D. Patricio	001-0356652-7	9/3/66	F	✓					✓									_SI_NO	
14	Lucelise Gomez	001-0229110-8	19/10/71	F	✓					✓							✓	—	_SI_NO	
15	Sofia Silie	001-1800846-5	12/5/85	F													✓		_SI_NO	
16	Blass Almonte	060-0000411-6	03/02/72	M	✓					✓							✓		_SI_NO	
17	Marcelo A. Puello A.	001-0082436-6	02/12/50	M	✓					✓							✓		_SI_NO	
18	Francisca Pérez	001-0897996-4	16/3/73	F	✓					✓							✓		_SI_NO	
18	Severina De Peña A.	001-0931666-9	05/7/68	F	✓														_SI_NO	
20	Maria de Carmen D.	001-0521642-8	20/3/63	F	✓						✓						✓		_SI_NO	

Vacunador(a) : _____ Supervisor: _____

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

SUB-SECRETARIA DE SALUD COLECTIVA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)
PROYECTO DE VACUNACION EN SEGUMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES

Provincia / Area: _____ *Municipio* _____ *FECHA:* 15/02/19
INSTITUCION _____ *LUGAR:* _____ *ARS:* _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

No.	NOMBRE_APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)													Datos para Farmacovigilancia		
					dT					Hepatitis B			Saram/ Rubéola	NEUMOCOCO 13	NEUMOCOCO 23	POLIO	Influenza	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO		
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA		UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA / Nos.	EVENTO
1	Nazario Díaz	001-0100701-1	5/3/66	m	✓					✓									_SI_NO	
2	Raul Santiago	402-2148976-8	12/01/90	m	✓														_SI_NO	
3	Marizol Arias	001-0181833-2	20/06/71	F			✓												_SI_NO	
4	Nulguis Sepulveda	001-0372855-6	30/6/67	F			✓												_SI_NO	
5	Agustina Germán	001-0323149	05/4/60	F			✓												_SI_NO	
6	Ignacia de Jesús	068-0017139-7	31/7/56	F	✓														_SI_NO	
7	Patricia Pardillo	001-0770821-0	08/12/62	F	✓														_SI_NO	
8	Yomnger Matos	001-0296033-1	08/8/71	F	✓														_SI_NO	
9	Aquino Moran	001-1157692-8	14/1/76	m	✓														_SI_NO	
10	Ana Milagros Ch[illegible]	001-0007405	14/10/85	F	✓														_SI_NO	
11	Ana P. Valerio	—	15/—	F	✓		✓										✓		_SI_NO	—
12	Josefina Entrena	—	-	F	✓												✓		_SI_NO	
13	Berchardo Duran	—	—	F	✓		—										—		_SI_NO	
14																			_SI_NO	
15																			_SI_NO	
16																			_SI_NO	
17																			_SI_NO	
18																			_SI_NO	
18																			_SI_NO	
20																			_SI_NO	

Vacunador(a) : _____ Supervisor: _____

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

SUB-SECRETARIA DE SALUD COLECTIVA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)
PROYECTO DE VACUNACION EN SEGUMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES

Provincia / Area: V de Salud
INSTITUCION Enfermería y Farmacia

Municipio _____
LUGAR: _____

FECHA: 14/02/19
ARS: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

No.	NOMBRE_APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)													Datos para Farmacovigilancia		
					dT					Hepatitis B			Saram/ Rubéola	NEUMOCOCO 13	NEUMOCOCO 23	POLIO	Influenza	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO		
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA		UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA / Nos.	EVENTO
1	Martha Fomiz	001-0368911-3	19/07/72	F	X														_SI_NO	
2	Josefina Fernandez	001-0290441-4	31/1/61	F			X										X		_SI_NO	
3	Carlos Cordero	002-0053374-9	29/07/57	M								X					X		_SI_NO	
4	Isabel Kronwinkel	402-2005509-5	31/07/91	F	X					X							X		_SI_NO	
5	Juan Bello	001-0516395-0	23/11/60	M			X												_SI_NO	
6	Bianca Pajar			F			X					X					X		_SI_NO	
7	Lucesita Sepulveda	001-1438005-0	24/04/1977	F	X												X		_SI_NO	
8	María Duran	001-0502979-7	25/08/60	F			X			X							X		_SI_NO	
9	Pamela Torres	402-2432309-3	13/09/85	F	X														_SI_NO	
10	Miguel Andujar	002-0089065-0	02/5/72	M	X														_SI_NO	
11	Yomis Lopez	001-1786798-5	25/02/83	F			X												_SI_NO	
12	Julio Cesar Matos	001-0316018-0	30/09/69	M	X					X									_SI_NO	
13	Carlos José Díaz	001-0482256-4	20/08/56	M	X												X		_SI_NO	
14	Edwin Vidal	001-1841809-4	13/5/87	M		X													_SI_NO	
15	Samuel Báez	001-1788828-4	31/01/87	F			X					X							_SI_NO	
16	Damnis Díaz	223-0168108-0	3/7/93	F	X					X									_SI_NO	
17	Belisse Pérez	402-2113851-0	21/03/93	F	X					X									_SI_NO	
18	Jacinto Flores	001-0024732-9	11/09/44	M						X							X		_SI_NO	
18	Ana Rosa Santana	020-0013448-2	6/02/79	F	X					X									_SI_NO	
20	Elvin Sosa Ruiz	001-1107767-2	30/11/75	M	X												X		_SI_NO	

Vacunador(a) : _____ Supervisor: _____

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

SUB-SECRETARIA DE SALUD COLECTIVA

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)

PROYECTO DE VACUNACION EN SEGUMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES

Provincia / Area: V de Salud
INSTITUCION Industria y Comercio

Municipio Distrito Nacional
LUGAR: Bella Vista

FECHA: 14/02/19
ARS:

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

No.	NOMBRE_APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)													Datos para Farmacovigilancia		
					dT					Hepatitis B			Saram/ Rubéola	NEUMOCOCO 13	NEUMOCOCO 23	POLIO	Influenza	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO		
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA		UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA / Nos.	EVENTO
1	Martha Varos	001-1687568-3	17/07	F													X	809 567-7772	SI NO	
2	Jennifer Lamba	001-1272802-7	17/01/79	F	X					X							X		SI NO	
3	Francia Feliz	001-0967456-4	19/07/63	F													X		SI NO	
4	Maria A. Garcia S.	001-0745694-9	15/08/65	F													X		SI NO	
5	Veronica Santoniello	001-1842507-3	12/06/18	F	X					X							X		SI NO	
6	Laura Longa	001-1834421-4	03/01/88	F	X														SI NO	LLM
7	Genesis Fermin d'Jon	001-1912937-7	26/10/91	F													X		SI NO	
8	Alexandra Montero	001-0450548-7	13/03/61	M			X												SI NO	
9	Sonia Gutierrez	001-0881633-1	06/01/63	F			X												SI NO	
10	Dayanira Bonilla	001-0227103-8	29/11/70	F								X					X		SI NO	
11	Melysa Flores	224-0039436-1	26/3/87	F													X		SI NO	
12	Jeiny Reyes Torres	010-0085808-2	21/02/81	M	X														SI NO	
13	Rafael Perez Figueroa	402-2545615-7	13/11/95	M	X														SI NO	
14	Yuli Javier Alcantara	001-0449834-5	31/12/67	M	X														SI NO	
15	Geronimo Mote	002-0039574-2	02/08/79	M	X														SI NO	
16	Carlita Tunac	001-0995489-5	15/06/68	F			X												SI NO	C.T.
17	Irma Reyes	093-0058228-7	14/11/81	F		X													SI NO	I.R.
18	Modesto Fabricio Martinez	001-0962774-5	12/01/75	M			X												SI NO	
18	Santa Emilcora Santoy	001-0688922-9	30/08/76	F			X					X							SI NO	
20	Lucecita Hernandez	001-1210605-9	11/07/78	F			X												SI NO	

Vacunador(a) : _____ Supervisor: _____

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

SUB-SECRETARIA DE SALUD COLECTIVA

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)

PROYECTO DE VACUNACION EN SEGUMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES

Provincia / Area: V de Salud

INSTITUCION: Industria y Comercio

Municipio: _____

LUGAR: _____

FECHA: 14/2/19

ARS: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

No.	NOMBRE_APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)													Datos para Farmacovigilancia		
					dT					Hepatitis B			Saram/ Rubéola	NEUMOCOCO 13	NEUMOCOCO 23	POLIO	Influenza	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO		
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA		UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA / Nos.	EVENTO
1	Inritis Perez.	00-0723150-3	16/11/67	F	X					X							X		_SI_NO	
2	Paco Peguero	001-0441430-9	5/11/44	M													X		_SI_NO	
3	Juana Pantaleon Jiménez	001-1073672-1	16/6/72	F	X					X							X		_SI_NO	
4	Rosa Silvan	001-1782419-3	23/11/95	F	X														_SI_NO	
5	Gregorio Caceres	001-1211280-0	18/8/71	M			X										X		_SI_NO	
6	Pedro A tiles	001-0173501-8	29/10/64	M			X										X		_SI_NO	
7	Luis urena monti	058-0005996-5	25/10/72	M	X														_SI_NO	
8	Carlos Jose Falitte	001-1542617-3	22/6/81	M	X														_SI_NO	
9	Kesser M Felix Pelaez	402-2313371-7	4/10/94	M	X														_SI_NO	
10	Kenia Benavides	001-0476009-5	10/2/68	F	X														_SI_NO	
11	Irene Diaz	012-0084017-6	3/2/75	F	X														_SI_NO	
12	Fatima Maris	001-1483085-4	13/5/78	F	X														_SI_NO	
13	Rosa Eldina Rodriguez	00-8506449-7	7/1/47	F			X					X							_SI_NO	
14	Mireya Alcantara	001-1087341-1	30/12/69	F	X					X									_SI_NO	
15	Ana Santos	001-0781438-7	9/1/69	F	X														_SI_NO	
16	Erika Mercado	001-1800488-6	7/1/88	F	X					X									_SI_NO	
17	Alan martinez	223-0113089-4	11/02/69	M	X					X									_SI_NO	
18	Luis de leon.	402-2006544-3	16/3/91	F	X					X							X		_SI_NO	
18	Pedro Sosilis	001-0564723-4	18/1/60	M		X													_SI_NO	
20	Jaomy Disla	001-0767610-8	10/9/78			X				X									_SI_NO	

Vacunador(a) : _____

Supervisor: _____

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

SUB-SECRETARIA DE SALUD COLECTIVA

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)

PROYECTO DE VACUNACION EN SEGUMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES

Provincia / Area: V. de Salud

INSTITUCION Industria y Comercio

Municipio _____

LUGAR: _____

FECHA: 14/2/19

ARS: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

No.	NOMBRE_APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)													Datos para Farmacovigilancia		
					dT					Hepatitis B			Saram/ Rubéola	NEUMOCOCO 13	NEUMOCOCO 23	POLIO	Influenza	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO		
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA		UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA / Nos.	EVENTO
1	Rosi Fonder	001-0929549-3	9/6/69	F	X														_SI_NO	
2	Giraldi Gomez	001-1431624	3/2/74	F	X														_SI_NO	
3	Lucia Rosario	229-0012040-2	2/3/53	F			X					X					X		_SI_NO	
4	Modesto Pleasant	001-0138379-4	14/6/63			X					X								_SI_NO	
5	Fabio Cabral	001-0832762-8	9/10/61		X												X		_SI_NO	
6																			_SI_NO	
7																			_SI_NO	
8																			_SI_NO	
9																			_SI_NO	
10																			_SI_NO	
11																			_SI_NO	
12																			_SI_NO	
13																			_SI_NO	
14																			_SI_NO	
15																			_SI_NO	
16																			_SI_NO	
17																			_SI_NO	
18																			_SI_NO	
18																			_SI_NO	
20																			_SI_NO	

Vacunador(a) : _____

Supervisor: _____