



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACIÓN EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: _____

MUNICIPIO: _____

INSTITUCION: _____

LUGAR DE VACUNACION: UPRET

ARS: _____

FECHA: 28-1-20

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACIÓN

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			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO	
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.
1	Rolanda Sanchez		35	F.				✓										SI_NO
2	Juan L. Hernandez		34	M				✓										SI_NO
3	Daniel Ramos		58	M	✓									✓				SI_NO
4	Julio C. Perez		64	M		✓								✓				SI_NO
5	José María Mañich		44	F						✓								SI_NO
6	Adrián Antonio Díaz		24	M	✓													SI_NO
7	Marcos González		53	F	✓									✓				SI_NO
8	Carmen Fabulga		31	F				✓										SI_NO
9	Angela M. Beltre		38	F														SI_NO
10	Salvador del Pilar		49	F.			✓											SI_NO
11	Teresa Arango		33	F			✓											SI_NO
12	Walter Acosta		37	F	✓													SI_NO
13	Agustina Morel		52	F	✓									✓				SI_NO
14	Juan M. Poadin		37	M		✓												SI_NO
15	José Ab. Muñoz		28	M	✓													SI_NO
16	Guacal García		47	F		✓												SI_NO
17	Pedro Morales		27	M	✓													SI_NO
18	Raymer Rdez		34	M		✓												SI_NO
18	Sheila D. Casero		31	F	✓													SI_NO
20	Dionisio Pineda		35	M	✓													SI_NO

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: _____

MUNICIPIO _____

INSTITUCION _____

LUGAR DE VACUNACION: _____

ARS: _____

FECHA: _____

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			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO	
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.
1	Jarmariz Oliz		39	F							✓						✓	_SI_NO
2	Saraya gerardino		36	F				✓		✓							✓	_SI_NO
3	Janna Roxana		41	F	✓												✓	_SI_NO
4	Jelana maulló		29	F		✓											✓	_SI_NO
5	Tahiana Berrua		30	F		✓											✓	_SI_NO
6	Emil A. Perez		39	M		✓				✓							✓	_SI_NO
7	Rauna G. Valdez		31	F	✓												✓	_SI_NO
8	Rocio mercediz		40	F	✓					✓							✓	_SI_NO
9	marcia marlen		45	F														_SI_NO
10	Edelina G. Santos		30	M	✓												✓	_SI_NO
11	Angela Y. Torres		55	F	✓												✓	_SI_NO
12	Yara cantuaga		20	F	✓												✓	_SI_NO
13	Pamela Rojas		25	F				✓									✓	_SI_NO
14	Yudelkis Rojas		38	F			✓										✓	_SI_NO
15	Elvira Jimenez		44	M													✓	_SI_NO
16	Victoria Perez		34	F				✓									✓	_SI_NO
17	Prisca chispa		35	F	✓		✓										✓	_SI_NO
18	Demua marmol		30	F			✓										✓	_SI_NO
18	Atenciana Pena		45	F													✓	_SI_NO
20	Quirino Hdz		48	M		✓											✓	_SI_NO

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: _____

MUNICIPIO: _____

INSTITUCION: _____

LUGAR DE VCUNACION: _____

ARS: _____

FECHA: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

No.	NOMBRE APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titula r)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)											Datos para Farmacovigilancia		
					dT					HEPATITIS B			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO	
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.
1	José H. Rodríguez		54	M		✓												SI_NO
2	Heriberto C.		51	M			✓							✓				SI_NO
3	Roy del C. Pavia		63	M		✓												SI_NO
4	Elizabeth González		50	F		✓												SI_NO
5	Carlos E. Vargas		50	M			✓							✓				SI_NO
6	Domínguez Hdez					✓								✓				SI_NO
7	Francisco Martínez		57	M		✓								✓				SI_NO
8	Ramón Inoa		61	F		✓								✓				SI_NO
9	Ramón Bealok		64	M		✓								✓				SI_NO
10	Melides H. Cedeño		70	F		✓								✓				SI_NO
11	Domínguez Montaña		69	M			✓							✓				SI_NO
12	Leydi Vargas		43	M		✓												SI_NO
13	Myelina Pizarro		36	F		✓												SI_NO
14	Luis C. de Peña		26	M		✓												SI_NO
15	Andy R. Fdez		36	M		✓												SI_NO
16	Sera Godón		47	F	✓													SI_NO
17	Martine Melendez		31	F	✓													SI_NO
18	Gascaril Gilardi		59	M			✓							✓				SI_NO
18	Florencia Zontes		31	M			✓											SI_NO
20	Cesarina Chales		51	F		✓								✓				SI_NO

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____



REGION: _____

PROVINCIA/AREA: _____

MUNICIPIO _____

INSTITUCION _____

LUGAR DE VACUNACION: _____

ARS: _____

FECHA: _____

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			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO	
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.
1	Angel g. Anconit.		66	M.		✓								✓		✓	SI_NO	
2	Cesar g. Guad		59	M.	✓									✓		✓	SI_NO	
3	Angel. W. Brito		61	M.		✓								✓		✓	SI_NO	
4	Oscar Garcia		61	M.	✓									✓		✓	SI_NO	
5	Natalia Paulino		31	F.	✓											✓	SI_NO	
6	Alfonso H. Diaz		29	M.		✓										✓	SI_NO	
7	Francisco Lora		63	M.		✓								✓		✓	SI_NO	
8	Teresita Vazquez		63	F.		✓								✓		✓	SI_NO	
9	Marcos L. Mole		22	M.		✓										✓	SI_NO	
10	Miguel C. Cabrera		63	M.	✓											✓	SI_NO	
11	Eduin Montano		27	M.		✓										✓	SI_NO	
12	Serafin Ansalmo		26	M.		✓										✓	SI_NO	
13	Oscar Cuello		25	M.	✓											✓	SI_NO	
14	Vin C. Fulgencio		34	M.		✓										✓	SI_NO	
15	Ruth Gordon		47	F.		✓										✓	SI_NO	
16	Anais E. Perez		33	M.	✓											✓	SI_NO	
17	Gergio C. Escalante		58	M.			✓							✓		✓	SI_NO	
18	Elvis C. Guozó		61	M.		✓								✓		✓	SI_NO	
18	Martiza Nibar		52	F.		✓								✓		✓	SI_NO	
20	Serana Reyes		41	F.		✓										✓	SI_NO	

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: _____

MUNICIPIO: _____

INSTITUCION: _____

LUGAR DE VCUNACION: _____

ARS: _____

FECHA: _____

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			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO	
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.
1	Agustin Moreno		50	M		✓												SI_NO
2	Cesar W. Pena		45	M	✓													SI_NO
3	Oswaldo Amos		56	M			✓											SI_NO
4	Aneudy Joaquin Jorjans		34	M	✓													SI_NO
5	Damaris Castro Serrano		61	F	✓	✓												SI_NO
6	Yehaira Acevedo		37	F	✓													SI_NO
7	Dulce M. Holcz		53	F		✓												SI_NO
8	Ernest O. Padilla		60	F														SI_NO
9	Juan C. Enc.		30	M	✓													SI_NO
10	Manuel Hdez		33	M	✓													SI_NO
11	Cindy Torrez		30	F		✓												SI_NO
12	Ingniel Holcz		38	F		✓												SI_NO
13	Aneudy D. Los Angeles		31	M		✓												SI_NO
14	Dianam Hdez		41	F	✓													SI_NO
15	Ligeti Acevedo		24	F	✓													SI_NO
16	Elanitra Diaz		41	F		✓												SI_NO
17	Rochel W. Torres		45	M	✓													SI_NO
18	Ana M. Mezquia		44	F		✓												SI_NO
18	Francisca Cruz		42	F					✓									SI_NO
20	Fara Laura Peraton		37	F	✓													SI_NO

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____



REGION: _____

PROVINCIA/AREA: _____

MUNICIPIO: _____

INSTITUCION: _____

LUGAR DE VCUNACION: _____

ARS: _____

FECHA: _____

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			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO	
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.
1	Horacio J. de Leon		21	M	✓													SI_NO
2	Carla Paulina		54	F		✓												SI_NO
3	Yessidy Pimentel		25	F		✓												SI_NO
4	Carlos M. Perez		27	M	✓													SI_NO
5	Estalin R. Lopez		22	M	✓													SI_NO
6	Madelin		26	F	✓													SI_NO
7	Yendelin Mejia		29	F		✓												SI_NO
8	Mirna Cuevas		32	F		✓												SI_NO
9	Nelson Trujillo		45	M		✓												SI_NO
10	Winton Mora		53	M			✓											SI_NO
11	Amada Nieto		28	F	✓													SI_NO
12	Mauricio Denonci		33	M	✓													SI_NO
13	Stefany Garcia		22	F			✓											SI_NO
14	Bernardo Ant. Hernandez		49	M	✓													SI_NO
15	Zacarias Rosquez		59	M		✓												SI_NO
16	Yessica Cuevas		36	F	✓													SI_NO
17	Ambar Rivera		27	F	✓													SI_NO
18	Jorge Iran Jca		39	M		✓												SI_NO
18	Daniela Ramirez		36	F	✓													SI_NO
20	Leovigildo Mejia		61	M			✓											SI_NO

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACIÓN EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: _____

MUNICIPIO: _____

INSTITUCION: _____

LUGAR DE VACUNACION: _____

ARS: _____

FECHA: _____

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			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO		
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.	
1	Dalyana Heredia		34	F	✓														SI_NO
2	Norvily Molina		28	F		✓													SI_NO
3	Ybelsi Serrano		39	F	✓														SI_NO
4	Filomena Lopez		55	F		✓													SI_NO
5	Sirioa Heredia		39	F	✓														SI_NO
6	Mabenny Casiniro		47	F		✓													SI_NO
7	Desiree De Jesus Feliz		27	F		✓													SI_NO
8	Juan Esteban Lico		36	M		✓													SI_NO
9	Jose miguel Reyes		36	M	✓														SI_NO
10	Josefina Ant. Hernández		54	F	✓														SI_NO
11	Julio Cesar Acevedo		41	M	✓						✓								SI_NO
12	Santa De la Cruz		45	F	✓														SI_NO
13	Noriebis Richards		28	F	✓														SI_NO
14	Thania Rodríguez		45	F	✓						✓								SI_NO
15	Luis Esteban Moronta		38	M		✓													SI_NO
16	Odalis Marcelo Rodríguez		28	M			✓												SI_NO
17	Elvin Delgado Villaverde		41	M	✓														SI_NO
18	Pedro Tapato		31	M		✓													SI_NO
18	Felix Alberto Jaime		24	M	✓														SI_NO
20	Rose Bertha Llaneas		24	F	✓														SI_NO

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: _____

MUNICIPIO _____

INSTITUCION _____

LUGAR DE VACUNACION: _____

ARS: _____

FECHA: _____

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			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO	
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.
1	JUAN Hernandez Beiro		44	M	✓													SI_NO
2	Reyni Alejandra Nola		23	F	✓													SI_NO
3	Julio Ernesto Perez		28	M	✓													SI_NO
4	Miguel Angel Nuñez		24	M	✓													SI_NO
5	Michael Smith creque		38	M			✓											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: _____



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
VICEMINISTERIO DE SALUD COLECTIVA / GESTIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACION
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: _____

MUNICIPIO: _____

INSTITUCION: _____

LUGAR DE VCUNACION: _____

ARS: _____

FECHA: _____

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			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO	TELEFONOS: RESIDENCIA/ CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA			
1	JANE BATISTA	223-0045338-2	32	F	✓														SI_NO
2	JUAN C. FRIAS	001-1351614-0	40	M		✓													SI_NO
3	SOFIA CALCANO	067-0013038-5	33	F		✓													SI_NO
4	ANTHONYA PEÑA	018-0032483-0	45	F	✓														SI_NO
5	JUAN CARLOS	001-0792247-8	54	M	✓														SI_NO
6	ANTONIO CORREA	068-00088	51	M		✓													SI_NO
7	MIQUEL PERALTA	223-0033826-0	33	M		✓													SI_NO
8	LUIS C. DE LA PAZ	010-0105133-1	33	M		✓													SI_NO
9	MARCIA CANARIO	012-0063064-0	46	F		✓													SI_NO
10	MARCIA MONTERO	001-1113404-5	1974	F		✓													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: _____



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: _____

MUNICIPIO _____

INSTITUCION _____

LUGAR DE VACUNACION: _____

ARS: _____

FECHA: _____

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			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO	
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.
1	Maicon Dal Luna	402-2429205-0		M	✓													SI_NO
2	Maria Bl. Ramirez	001-10477841		F	✓		✓											SI_NO
3	Yanelly Mateo	001-1357590-1		F		✓												SI_NO
4	Ricardus Macas	001-1626470-4		M	✓													SI_NO
5	Elis Estrella	001-12511146-3		M	✓													SI_NO
6	Isabella Saenz	001-1259019-5		F														SI_NO
7	Gloria E. Hernandez	001-0988262-1		M		✓												SI_NO
8	Diana E. Serrano	001-1795306-7		F	✓													SI_NO
9	Juan P. Mateo G.	001-0949481-6		M			✓											SI_NO
10	Verónica M. Rodriguez	223-1072161-4		M		✓												SI_NO
11	Samuel E. Mima	001-0512371-5		M	✓													SI_NO
12	Maria Salveide	223-0070251-5		F	✓													SI_NO
13	José Ant. Cruz	402-2784212-3		M	✓													SI_NO
14	Catherine V. Guevara	093-0022626-4		F	✓													SI_NO
15	Marta Leyda Guillón	225-0008638-0		F	✓													SI_NO
16	Denny J. Medina	131-0000627-2		M	✓													SI_NO
17	Amara Flores	001-0657494-1		F		✓												SI_NO
18	Raymi J. Pachon	067-0014303-2		M	✓													SI_NO
18	Carolina R. del Cabel	044-0058369-3		F			✓											SI_NO
20	Jorge Luis Ant. Ferrera	001-1516664-8		M		✓												SI_NO

Vacunador(a) : _____

Supervisor: _____



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: _____

MUNICIPIO _____

INSTITUCION _____

LUGAR DE VCUNACION: _____

ARS: _____

FECHA: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

No.	NOMBRE APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titula r)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)											Datos para Farmacovigilancia			
					dT					HEPATITIS B			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO		
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.	
1	Emmanuel D. Reyes	402-20435637		M	✓												✓	✓	_SI_NO
2	Stanny Y. Mota S.	283-0087244-1		F.			✓										✓	✓	_SI_NO
3	Carolina J. Dela C.	067-0015358-5		F		✓											✓	✓	_SI_NO
4	Ramon Romero	068-0035767-2		M			✓										✓	✓	_SI_NO
5	Bethania Pimentel	001-1744223-7		F				✓									✓	✓	_SI_NO
6	Apolonio Cruz		55	M		✓											✓	✓	_SI_NO
7	Geness D. La Cruz		27	F.		✓											✓	✓	_SI_NO
8	Liana M. Moral		46	F.	✓												✓	✓	_SI_NO
9	Maria V. Carmen		34	F.	✓												✓	✓	_SI_NO
10	Katherine M. Garcia		30	F.		✓											✓	✓	_SI_NO
11	Yarely Sepulveda		50	F	✓												✓	✓	_SI_NO
12	Felit Ant. Mejia		52	M		✓											✓	✓	_SI_NO
13	Missa Caraballo		47	F.	✓												✓	✓	_SI_NO
14	Rulla Aguero		31	F.	✓												✓	✓	_SI_NO
15	Margarita Vasquez		54	F.	✓												✓	✓	_SI_NO
16	Jose A. Urbiz		23	M		✓											✓	✓	_SI_NO
17	Eduin Alb. Perez		51	M			✓										✓	✓	_SI_NO
18	Ana I. Perez M.		54	F.				✓									✓	✓	_SI_NO
18	Beraciel Jimenez		29	F	✓												✓	✓	_SI_NO
20	Carolina Ruiz		33	F	✓												✓	✓	_SI_NO

Vacunador(a) : _____

Supervisor: _____



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: _____

MUNICIPIO _____

INSTITUCION _____

LUGAR DE VCUNACION: _____

ARS: _____

FECHA: _____

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			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO		
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.	
1	Claymar camp		24	F.		✓											✓	✓	SI_NO
2	Gonia mated		02/11/62	F		✓											✓	✓	SI_NO
3	Isaac S. Verones		04-10-80	M		✓											✓	✓	SI_NO
4	Raymuel Perez		11-11-89	M		✓											✓	✓	SI_NO
5	Rodolfo Aguasvivas		15-01-94	M			✓										✓	✓	SI_NO
6	William Wuy Guillon		14-03-98	M		✓											✓	✓	SI_NO
7	Marianela Ramirez		20-03-63	F			✓										✓	✓	SI_NO
8	Urban R. Reyes		28-11-51	M	✓												✓	✓	SI_NO
9	Kelvin J. Polanco		22-8-77	M		✓											✓	✓	SI_NO
10	Orlando M. Lioz		30-12-78	M		✓											✓	✓	SI_NO
11	Ana B. Estevez		14-02-60	F.		✓											✓	✓	SI_NO
12	Lore Ant. Del Valle		30-10-93	M				✓									✓	✓	SI_NO
13	Alba Iris Then		22-11-85	F		✓											✓	✓	SI_NO
14	Luciano Nicol		03-02-96	F.	✓												✓	✓	SI_NO
15	Luis M. Puello		12-05-93	M		✓											✓	✓	SI_NO
16	Angela Camilo		26-03-86	F			✓										✓	✓	SI_NO
17	Silvestre Paracagua		31-12-85	M		✓											✓	✓	SI_NO
18	Alfegracia Villor		21-01-63	F.			✓										✓	✓	SI_NO
18	Emeldis Belen		30-06-65	F.			✓										✓	✓	SI_NO
20	Jore J. Sanchez		23-06-73	M	✓												✓	✓	SI_NO

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: _____

MUNICIPIO _____

INSTITUCION _____

LUGAR DE VACUNACION: _____

ARS: _____

FECHA: _____

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			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO	
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.
1	Ana de Dios		45	F.			✓											SI_NO
2	Amaro D. Jesus		38	M		✓												SI_NO
3	Royan Compostara		51	M	✓													SI_NO
4	Juan C. D. Cruz		28	M	✓													SI_NO
5	Rosmery D. Jesus		49	F.	✓													SI_NO
6	Ruby A. Reyes		34	M	✓													SI_NO
7	Guiney Peña		37	F				✓										SI_NO
8	Laura Helz		41	F	✓													SI_NO
9	Julio Ros		37	M		✓												SI_NO
10	Milagros Montero		47	F.	✓			✓										SI_NO
11	Maria D. Jimenez		35	F.				✓										SI_NO
12	Claudia Sanchez		23	F.	✓													SI_NO
13	Laseya Mutich		44	F		✓												SI_NO
14	Jean de Peña		24	M	✓													SI_NO
15	Cecilia Chacra		36	F.	✓													SI_NO
16	Olivia Orta		42	F					✓			✓						SI_NO
17	Josi Dmaso		32	M	✓							✓						SI_NO
18	Bethlys Ben		43	F	✓							✓						SI_NO
18	Reybelys Perez							✓				✓						SI_NO
20	Denilson Cabral		60	M				✓										SI_NO

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
VICEMINISTERIO DE SALUD COLECTIVA / GESTIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACION
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: _____

MUNICIPIO _____

INSTITUCION _____

LUGAR DE VACUNACION: _____

ARS: _____

FECHA: _____

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			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO	
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.
1	Milagros Gallo		59	F		✓												SI_NO
2	Paula Polanco		42	F		✓												SI_NO
3	Mirtha D. Fdez		49	F		✓												SI_NO
4	Edward Inz.		32	M.		✓												SI_NO
5	Charmel D. La Cruz		37	M.	✓													SI_NO
6	Rafael Ortega		35	M		✓												SI_NO
7	Milagros Medina		48	F		F.												SI_NO
8	Carlos A. Rivera		29	M		✓												SI_NO
9	Luz E. Romero		45	F.		✓												SI_NO
10	Smelym Medina		32	M	✓													SI_NO
11	Magdalena Cordero		36	F.	✓													SI_NO
12	Juan H. Romero		31	M		✓												SI_NO
13	Diana Babita		31	F.		✓												SI_NO
14	Rafael A. Figueroa		36	M	✓													SI_NO
15	Marta Santana		53	F.	✓													SI_NO
16	Bonorina Valdez		45	F		✓												SI_NO
17	Mirtza U. Morán		50	F	✓													SI_NO
18	Freddy B. Muñoz		43	M		✓												SI_NO
18	Juan C. Aguado		25	M		✓												SI_NO
20	Valeros Marco		38	M		✓												SI_NO

Vacunador(a) : _____

Supervisor: _____



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
VICEMINISTERIO DE SALUD COLECTIVA / GESTIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACION
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: _____

MUNICIPIO: _____

INSTITUCION: _____

LUGAR DE VCUNACION: _____

ARS: _____

FECHA: _____

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			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICACIONES
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA			
1	Ramondo GONZALEZ	024-0002356-6	46	M	✓														SI_NO
2	SCHERAZADE DE LA CRUZ	402-2003128-6	30	F				✓											SI_NO
3	CARLOS HERNANDEZ	056-0125515-0	38	M	✓														SI_NO
4	NEYDA CARABALLO	001-1717633-9	34	F	✓														SI_NO
5	JOSE PEÑA	001-07806648	65	M	✓														SI_NO
6	ALEXANDRU HANSEN	001-0879103-1	45	M	✓														SI_NO
7	Miguel GUZMAN	001-0200413-2	52	M	✓														SI_NO
8	YGNACIO DOMINGUEZ	001-0646891-1	50	M				✓											SI_NO
9	GABRIELA BYITO	001-1924225-3	27	F				✓											SI_NO
10	YANIL GARCIA	001-0658563-1	53	M		✓													SI_NO
11	FILIBO JIMENEZ	001-0229175-4	49	M	✓														SI_NO
12	JOHANNY MEDINA	223-2006783-6	36	F				✓											SI_NO
13	CARLOS MENDEZ	059-0001002-5	51	M				✓											SI_NO
14	SOLA BETTE	001-1819396-0	33	F	✓														SI_NO
15	HENMIL FELIZ	053-0013578-6	50	F	✓														SI_NO
16	EDDY MENA	001-0564961-0	55	M		✓													SI_NO
17	ERISMO DE LA CRUZ	012-0098034-6	32	M	✓														SI_NO
18	WENDY ROSAS	001-1839074-9	32	F	✓														SI_NO
18	WILKIN MEDINA	001-1673198-5	36	M	✓														SI_NO
20	MARTHA MONTE RO	022-0015287-0	51	F				✓											SI_NO

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____