

Ministerio de Salud Pública (MSP)
DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DE SAN CRISTOBAL
 PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)
 VACUNACION A LOS TRABAJADORES DE EMPRESAS O INSTITUCIONES

25/01/18

Municipio: San Cristóbal

LUGAR: Ciudad de San Cristóbal

rea: Compañía de Ingeniería S.R.L.

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)

NOMBRE APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nac.	Edad	SEXO M / F	DT						SR UNICA	ANTI-HEPATITIS A		ANTI-TIFOIDI CA UNICA	Influenza UNICA	Firma que Avala Vac. y de Consentimiento Informado	
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra		2da	3ra				1ra
<u>Elvira</u>			<u>52</u>	<u>M</u>													
<u>María Isabel</u>			<u>50</u>	<u>M</u>													
<u>Valdys</u>			<u>37</u>	<u>M</u>													
<u>María del Valle</u>			<u>33</u>	<u>M</u>													
<u>Mercedes</u>			<u>50</u>	<u>M</u>													
<u>María del Valle</u>			<u>53</u>	<u>M</u>													
<u>Valdys</u>			<u>33</u>	<u>M</u>													
<u>María del Valle</u>			<u>44</u>	<u>M</u>													
<u>María del Valle</u>			<u>47</u>	<u>M</u>													
<u>María del Valle</u>			<u>32</u>	<u>M</u>													
<u>María del Valle</u>			<u>32</u>	<u>M</u>													
<u>María del Valle</u>			<u>49</u>	<u>M</u>													
<u>María del Valle</u>			<u>42</u>	<u>M</u>													
<u>María del Valle</u>			<u>40</u>	<u>M</u>													
<u>María del Valle</u>			<u>25</u>	<u>M</u>													
<u>María del Valle</u>			<u>17</u>	<u>M</u>													
<u>María del Valle</u>			<u>55</u>	<u>F</u>													

SUPERVISOR:

