

DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DE SAN CRISTOBAL
 PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)
 VACUNACION A LOS TRABAJADORES DE EMPRESAS O INSTITUCIONES

ATO: Trabajos a Poles
 Municipio: San Cristobal
 Lugar: Unidad de San Cristobal
 23/01/18

MBRE APELLIDOS

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION
 TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)

CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nac.	Edad	SEXO M / F	dT						Firma que Avala Vac. y de Consentimiento Informado										
				1ra	2da	3ra	4ta	5ta	Hepatitis B		SR UNICA	ANTI-HEPATITIS A	ANTI-TIFOIDI C/A UNICA	Influenza UNICA						
<u>Alfonso Rojas</u>		<u>50</u>	<u>F</u>																	
<u>Yanet</u>		<u>39</u>	<u>M</u>																	
<u>Yolanda</u>		<u>35</u>	<u>M</u>																	
<u>Yolanda</u>		<u>48</u>	<u>F</u>																	
<u>Yolanda</u>		<u>42</u>	<u>F</u>																	
<u>Yolanda</u>		<u>30</u>	<u>F</u>																	
<u>Yolanda</u>		<u>25</u>	<u>F</u>																	
<u>Yolanda</u>		<u>44</u>	<u>F</u>																	
<u>Yolanda</u>		<u>35</u>	<u>F</u>																	
<u>Yolanda</u>		<u>35</u>	<u>F</u>																	
<u>Yolanda</u>		<u>42</u>	<u>F</u>																	
<u>Yolanda</u>		<u>31</u>	<u>M</u>																	
<u>Yolanda</u>		<u>41</u>	<u>M</u>																	
<u>Yolanda</u>		<u>15</u>	<u>M</u>																	
<u>Yolanda</u>		<u>31</u>	<u>M</u>																	
<u>Yolanda</u>		<u>28</u>	<u>M</u>																	
<u>Yolanda</u>		<u>21</u>	<u>M</u>																	
<u>Yolanda</u>		<u>18</u>	<u>M</u>																	
<u>Yolanda</u>		<u>31</u>	<u>M</u>																	

SUPERVISOR:

