

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

Municipio

LUGAR:

23/01/18

rea: Departamento Servicio S.L.
 NTO: Daniel Santos

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

TIPO DE VACINAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)

OMBRE_APELLIDOS

IDENTIDAD (Si es menor del titular)

Fecha/Nac

Edad

SEXO M / F

1ra

2da

3ra

4ta

5ta

6ta

7ta

8ta

9ta

10ta

11ta

12ta

13ta

14ta

15ta

16ta

17ta

18ta

19ta

20ta

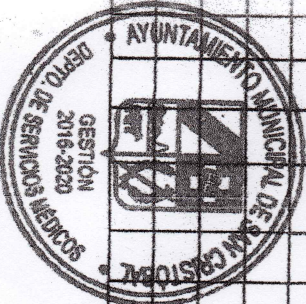
21ta

22ta

23ta

OMBRE_APELLIDOS	IDENTIDAD (Si es menor del titular)	Fecha/Nac	Edad	SEXO M / F	1ra	2da	3ra	4ta	5ta	6ta	7ta	8ta	9ta	10ta	11ta	12ta	13ta	14ta	15ta	16ta	17ta	18ta	19ta	20ta	21ta	22ta	23ta	
<i>Jose Lopez</i>				M																								
<i>Jose Lopez</i>				M																								
<i>Jose Lopez</i>				M																								
<i>Jose Lopez</i>				M																								
<i>Jose Lopez</i>				M																								
<i>Jose Lopez</i>				M																								
<i>Jose Lopez</i>				M																								
<i>Jose Lopez</i>				M																								
<i>Jose Lopez</i>				M																								
<i>Jose Lopez</i>				M																								
<i>Jose Lopez</i>				M																								

SUPERVISOR:



Firma que Avala Vac. y de Consentimiento Informado

TELEFONOS

D