

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
VICEMINISTERIO DE SALUD COLECTIVA / GESTION DE LA SALUD DE LA POBLACION  
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)

FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES



INSTITUCION Area 2 de Salud REGION: CA

PROVINCIA/AREA: 2da de San Pedro de Macoris

MUNICIPIO San Pedro de Macoris

LUGAR DE VACUNACION: Municipio Santo Domingo

ARS: \_\_\_\_\_

FECHA: 09-10-2020

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	Josefa Oviedo	001-1466531-8	01-05-78	F	*														
2	Laura Caraballo	223-0072387-0	21-02-89	F	*														
3	Vicente Soriano	001-0575714-0	22-01-68	M	*														
4	Katherine Lombard	225-0049779-1	15-12-90	F				*											
5	Faustino Guillen	001-1095692-7	15-2-1970	M	*														
6	Demetrio Agando	001-0516649-0	22-12-1988	M	*														
7	Johanna Montero	223-0047281-2	01-11-81	F	*														
8	Marleny Vasquez	022-0029263-5	08-03-83	F	*														
9	Sabrina Penalo	047-0090988-2	27-08-75	F	*														
10	Pedro Sanchez	223-01028506	22-07-89	M	*														
11	Francisco Cuevas	223-0181593-6	24-12-71	M	*														
12	Filda Encarnacion	223-0109769-1	20-10-77	F		*													
13	Anna De Los Santos	223-0180292-6	18-07-97	F	*														
14	Santo Ramirez	001-0510325-2	06-09-68	M	*														
15	Greyce Diaz	001-1576790-7	15-02-81	F	*														
16	Ysabella Pena	093-0049071-2	02-11-70	F	*														
17	Amado Escorlante	001-0047371-9	-	M	*														
18	Ordina Castro	001-0959248-5	10-05-71	F	*														
18	Nurys Jaquez	001-1318732-2	25-11-75	F	*														
20	Juan Castillo	001-1101442-9	24-12-88	M	*														



Vacunador(a): \_\_\_\_\_

Supervisor: [Signature]



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES



REGION: 0  
INSTITUCION Point a View

PROVINCIA/AREA: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_

LUGAR DE VCUNACION: Point a View

ARS: \_\_\_\_\_

FECHA: 9/10/20

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 <sup>a</sup>	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA			
1	<del>SONES NUÑEZ D.</del>	<del>001-08</del>																	
2	WILKIN Sanchez	001-1641948-2	15/2/82	M	✓														SI_NO
3	Carlos I. Rodriguez	001-0356511-5	13/8/58	M		✓													SI_NO
4	Juan Reyoso	058-0012655-8	15/8/59	M		✓													SI_NO
5	Wilson de la Cruz P	2230139008-8	04/4/91	M	✓														SI_NO
6	TONI FRANCION E.	402-2763385-2	25/2/82	M	✓														SI_NO
7	ABRILES DIAZ M	080-0004441-5	23/11/75	M			✓												SI_NO
8	SERAFIN Alcantara	001-0579511-6	26/8/62	M	✓														SI_NO
9	Luis D. Castillo	402-12760231-2	21/9/79	M	✓														SI_NO
10	Felito DIAZ de la Cruz	075-002051-1	17/2/46	M				✓											SI_NO
11	OSIRIS Constantino	019-0017602-3	26/11/73	MA		✓													SI_NO
12	YSEBU Encarnacion	001-1515195-3	07/12/72	M	✓														SI_NO
13	DIBERSIO SILVERIO	402-4502221-1	22/10/63	M	✓														SI_NO
14	ELVIN A de Leon C	402-2717522-7	01/7/86	M	✓														SI_NO
15	Santo Caparrosa	001-0621356-9	12/11/56	M				✓											SI_NO
16	NANIEL Enrique R	402-4364157-4	22/10/98	M	✓														SI_NO
17	Domingo Marmol T	001-0486095-2	11/9/66	M				✓											SI_NO
18	Julio A Fernandez D.	001-0416638-4	22/2/69	M	✓				✓										SI_NO
18	Federico Camilo V	001-1781020-5	18/6/56	M				✓											SI_NO
20	FERRUIN DIAZ	402-2610831-0	20/10/94	M	✓														SI_NO



Vacunador(a): \_\_\_\_\_

Supervisor: Juan Carlos Rodriguez





## FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: 0

PROVINCIA/AREA: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_

INSTITUCION AyuntamientoLUGAR DE VCUNACION: Ayuntamiento

ARS: \_\_\_\_\_

FECHA: 9/10/20

## 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 <sup>a</sup>	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.	
1	Carlos Henriquez	001-1384572	19/4/79	M															
2	Jose O. Nunez C	225-0036196-3	01/8/87	M	✓														SI_NO
3	Jonathan Peña	001-1647257-2	07/10/83	M	✓														SI_NO
4	Amerigo Savala	001-0874477-2	26/12/64	M	✓														SI_NO
5	Bolivar Ant. Peña	001-1364941-2	06/3/54	M	✓														SI_NO
6	Nieve Rm de Leon	223-0167373-1	21/6/95	F	✓														SI_NO
7	Wuelis Perarta	001-0486281-8	15/12/71	F	✓														SI_NO
8	Sonyes Nunez D	001-0830321-5	10/1/65	M	✓														SI_NO
9	Ardis B Diaz C	001-0390153-4	17/7/74	F			✓												SI_NO
10	Ruvestino Sterling	001-0500600-1	13/11/43	M															SI_NO
11	Sergio A. Martinez	001-1089092-8	07/11/60	M					✓										SI_NO
12	Magdalena Alt. Guzman	223-0083857-4	22/12/83	F			✓												SI_NO
13	Rita Ant. Reinosot	001-0477708-1	22/5/62	F			✓												SI_NO
14	Elautirio Feliz N	010 0088685-1	20/2/83	M	✓														SI_NO
15	Pedro Contreras R.	001-09940677	23/12/60	M	✓														SI_NO
16	América de la Cruz	001-1727197-3	7/1/83	F			✓												SI_NO
17	Radhames Fortunado	001-0533224-1	15/2/57	M	✓														SI_NO
18	Casimiro Ramirez C	001-09104356	04/9/72	M	✓														SI_NO
18	MARIA C. Feliz	001-0837806	10/2/69	F	✓														SI_NO
20	Domingo E. Santinas	001-0389817-7	13/1/63	M			✓												SI_NO

Vacunador(a): \_\_\_\_\_

Supervisor: Juan Carlos Rojas





FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: 0  
INSTITUCION Ayuntamiento

PROVINCIA/AREA: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_

LUGAR DE VACUNACION: Ayuntamiento

ARS: \_\_\_\_\_

FECHA: 9/10/20

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	ANA L. Blanco R	001-1675519-0	26/12/84	F	✓																
2	Isabel Feliz	001-0991335-0	14/7/63	F	✓																
3	TANCREDO PULS	001-0315080-1	15/8/58	M					✓												
4	Griseida Gonzalez	001-1141215-1	03/8/76	F	✓																
5	Kelman G. Martinez	001-1473380-8	05/10/81	M	✓																
6	Jose Lebron	001-0456572-1	15/5/68	M	✓																
7	Arelis Mercedes Gonzalez	001-1158852-1	12/11/66	F					✓												
8	Hector B. TERRERO	001-0829107-1	19/7/42	M	✓																
9	VINICIO ABRAHAM C.	001-1450186-9	20/11/60	M	✓																
10	YARITZA A. Prado	902-2405432-4	30/4/95	F	✓																
11	Yanet B. Castillo	001-0460968-0	21/4/60	F					✓												
12	MARIA E. MOLICO	001-1259568-9	06/7/71	F					✓												
13	INACIA de leon	001-0955831-2	30/9/64	F						✓											
14	Estrel Alecantara	001-0569305-7	15/8/63	F					✓												
15	SIXTA LORENZO MARTINEZ	1041-0009397-2	27/4/69	F					✓												
16	ZOLENISON POLO	402-0936912-9	18/12/94	M																	
17	DACIRA M. Rosado	001-1604055-1	21/2/81	F					✓												
18	Miguel R. Enrique	001-0141670-9	30/10/51	M						✓											
18	ZORRATAN SIERRA	223-0158686-0	3/9/85	M	✓																
20	Franklin Luna	001-1308711-8	31/12/76	M	✓																



Vacunador(a): \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_

*[Signature]*







FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES



REGION: 0

PROVINCIA/AREA: No 2 de Sur

MUNICIPIO \_\_\_\_\_

INSTITUCION Ayuntamiento

LUGAR DE VCUNACION: Quinta Norte 51000 este

ARS: \_\_\_\_\_

FECHA: 9-10-20

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	Julio Hernandez	001-09996929	5-5-61	M	✓														SI_NO
2	Alejandrina Colon	001-1092991-6	18-5-63	F	✓														SI_NO
3	Ramon Colombo	001-1596391-0	18-5-66	M	✓														SI_NO
4	Juis Fermis Cabrera	001-13626923	11-11-77	M	✓														SI_NO
5	Francherca Mate	223-01032185	7-10-90	F	✓														SI_NO
6	Solenyi Chevalia	223-00633264	6-2-87	F	✓														SI_NO
7	Madreza Balbe	001-04183597	25-5-72	F	✓														SI_NO
8	Andreina Carol	402-4565046	2-3-92	F	✓														SI_NO
9	Marino Montero	001-09945147	5-2-70	M	✓														SI_NO
10	Miriam Vargas	001-1279972-6	15-2-76	F	✓														SI_NO
11	Ammy Saef Jansen	402-09582375	3-9-99	F	✓														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

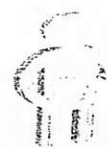


Vacunador(a): \_\_\_\_\_

Supervisor: [Signature]



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES



REGION: \_\_\_\_\_  
INSTITUCION As De

PROVINCIA/AREA: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_

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	Ernesto Zabalza	001-1321382-1	15/6/63	M															
2	Yelson Vazquez	402-2553769-1	22/2/94	M	✓														SI_NO
3	Alexis Costello	001-0488476-2	12/3/55	F															SI_NO
4	Andrés J. Santos	001-10025251	01/1/69	M	✓														SI_NO
5	<del>Yael J. Rivera</del>	<del>011-0039590-2</del>	<del>08/2/88</del>	<del>M</del>	✓														SI_NO
6	Rodolfo Pérez	001-1013935-9	5/11/61	M	✓														SI_NO
7	Randy Lopez	402-2957389-0	23/2/00	M	✓														SI_NO
8	Joel Herrera	223-0045781-3	27/9/88	M	✓														SI_NO
9	Virginia Calderin	X	13/9/91	F	✓														SI_NO
10	Kenia Sanchez	X	31/8/80	F	✓														SI_NO
11	Ziomara Mejia	001-1732432-7	10/5/84	F	✓														SI_NO
12	Edison Bogz	018-0036852-2	20/8/67	M	✓														SI_NO
13	Pablo Florencio	001-0875369-0	27/11/68	M	✓														SI_NO
14	Amanny Hernandez	001-0404129-8	3/2/70	M	✓														SI_NO
15	Ramiro Rivera	001-0426461-9	11/0/53	M		✓													SI_NO
16	JOHNNY Poyero	223-0010959-6	1/1/64	M	✓														SI_NO
17	Eduardo Rodriguez	001-1739532-7	20/4/83	M	✓														SI_NO
18	Lidia Hernandez	052-0000729-1	17/10/56	F	✓														SI_NO
18	Carlos Gonzalez	001-0557443-8	29/12/49	M	✓														SI_NO
20	Rosa Escobedo	402-3509097-0	22/3/96	F	✓														SI_NO

Vacunador(a): Alexis

Supervisor: Roberto Lopez











FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: Agua de Barro  
INSTITUCION: Agua de Barro

PROVINCIA/AREA: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

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	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.		
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA					
1	Francisco Jimenez	011-0007196-0	9/8/73	M		✓															
2	Rosal Mercedes	001-0357383-8	11/3/66	M	✓																SI_NO
3	Fco. Moya	001-1178428-6	12/12/72	M	✓																SI_NO
4	Ataricio Vicente	001-1207531-2	20/4/53	M		✓															SI_NO
5	Erika Ureña	223-0108627-9	30/10/88	F	✓																SI_NO
6	Rosal Mercedes	070-0005445-7	11/1/83	M		✓															SI_NO
7	Julia Moya	024-0020115-4	5/1/77	F			✓														SI_NO
8	Dalia Campuzano	001-0762444-7	24/10/62	M	✓																SI_NO
9	Fernando Dominguez	001-0817833-6	22/10/69	M		✓															SI_NO
10	Sidreana Santos	001-0578320-3	6/5/55	F		✓															SI_NO
11	Francisca Peña	001-1114619-7	16/12/76	F		✓															SI_NO
12	Angel Carlos	001-1137869-1	22/10/66	M	✓																SI_NO
13	Yolanda Rodriguez	09-0484152-3	3/3/49	F		✓															SI_NO
14	John Pruller	2230291971	14/1/91	M		✓															SI_NO
15	Lies Mejica	-	-	-																	SI_NO
16	Lies Mejica	001-1808578-6	24/3/86	F		✓															SI_NO
17	Brigida de Jesus	001-0840917-8	24/1/67	F																	SI_NO
18	Dalia Figueroa	001-1571234-1	6/7/80	F																	SI_NO
18	José Hernández	07011-0061870-6	27/12/94	M	✓																SI_NO
20	Lizyner Estrella	01-1219212-5	27/9/76	F																	SI_NO

Vacunador(a): Alejo Serrano

Supervisor: [Signature]







FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACIÓN EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: \_\_\_\_\_

PROVINCIA/AREA: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

INSTITUCION: \_\_\_\_\_

LUGAR DE VACUNACION: \_\_\_\_\_

ARS: \_\_\_\_\_

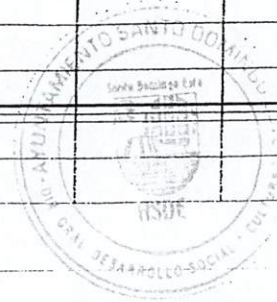
FECHA: 9-10-20

DATE RECEIVED BY: \_\_\_\_\_

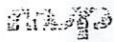
No.	NOMBRE APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)											Datos para Farmacovigilancia			
					dT					HEPATITIS B			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA			
1	Clariza Valdez	012-0035000-5	20-8-52	F	✓														SI_NO
2	Juan E. Soriano	402-2300960-2	10-11-92	M	✓														SI_NO
3	Jose Luis Martinez	001-1050437-0	22-8-75	M	✓														SI_NO
4	Danny Ar. Cordero	001-1172491-0	19-10-72	M	✓														SI_NO
5	Dennis Ariles A	402-2371796-4	7-10-93	F	✓														SI_NO
6	Rosa M. Sepulveda	001-0750772-5	28-1-62	F		✓													SI_NO
7	José M. Cabrera	001-1488348-1	9-12-81	M	✓														SI_NO
8	Octavio Romero E.	001-1173896-9	20-11-68	M	✓														SI_NO
9	José L. Cruz Cruz	001-0378972-3	20-12-64	M	✓														SI_NO
10	Eligio Ariles	001-1143933-7	1-12-56	M	✓														SI_NO
11	Edwin J. Martinez	223-0049785-6	11-11-85	M	✓														SI_NO
12	Jawelka Ozoria	001-1547864-6	19-1-88	F	✓		✓												SI_NO
13	Esther Rivera	001-0875618-0	27-5-73	F			✓												SI_NO
14	Marys Ferrer	001-0485102-7	8-11-67	F	✓														SI_NO
15	Angelina Sagor	402-1282444-1	10-11-92	F	✓														SI_NO
16	Esperanza Encarnación	014-0012924-1	1-5-74	F	✓														SI_NO
17	Domingo De Jesus	223-0059215-5	15-1-66	M	✓														SI_NO
18	Bonifacio Nolasco	018-0014916-1	27-10-62	M	✓														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 VACUNACION: \_\_\_\_\_

ARS: \_\_\_\_\_

FECHA: 9-10-20

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	Richard A. Santana	001-091542738	4-9-18	M		✓												SI_NO
2	Teopilo Herrera	001-0341715-0	2-3-55	M		✓												SI_NO
3	Eduardo Abreu Z.	402-3563027-0	28-12-92	M	✓													SI_NO
4	Dauryn V. Polanco	223-01091631-3	17-12-90	M	✓	✓												SI_NO
5	Cayetano Jimenez	001-1411332-7	15-12-58	M														SI_NO
6	Roberto E. Abreu	001-0483255-3	29-11-62	M		✓												SI_NO
7	Franklin Ant. Ortega	001-0895948-7	15-2-69	M		✓												SI_NO
8	Jose A. Familia	223-0009673-6	31-10-84	M	✓													SI_NO
9	Juan F. Libardo F.	001-0452198-9	24-8-91	M	✓													SI_NO
10	Cesar Florian	001-0463295-4	10-3-70	M	✓		✓											SI_NO
11	Buenvenido Feliz	001-0475456-9	4-1-53	M														SI_NO
12	Angel De Jesus Mendez	402-1226144-0	13-10-92	M	✓	✓												SI_NO
13	Fredy I. Peña Romo	037-0002841-2	15-7-63	M														SI_NO
14	Rodolfo M. Mejia	223-0087508-5	19-10-90	M	✓													SI_NO
15	Andre A. Mojica	402-2936869-7	4-12-00	M	✓													SI_NO
16	Maximo Limentel	001-0070135-8	7-10-55	M	✓													SI_NO
17	Wilber R. Garcia	402-3889359-4	21-10-98	M	✓													SI_NO
18	Ramon Beltré	011-0026912-3	6-5-75	M	✓													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: MUNICIPALIDAD SANTO DOMINGO ESTE

ARS: \_\_\_\_\_

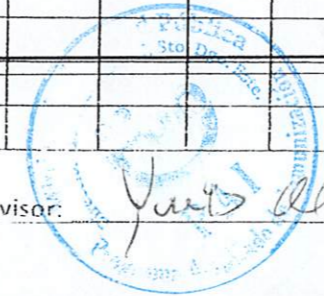
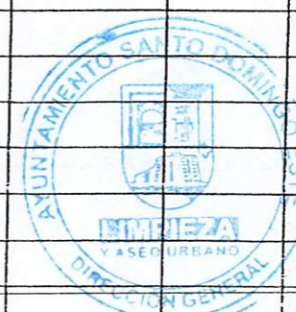
FECHA: 9-10-20

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	Isabel A. Marte	402-45737263	4-12-99	M	✓													SI_NO
2	Liliana Suarez	001-1531602-8	8-7-62	F	✓													SI_NO
3	Emilia Aviles	001-0484954-7	9-3-72	F	✓													SI_NO
4	Altagracia Garcia	001-0796683-0	10-4-55	F	✓													SI_NO
5	Maribel Sanchez	001-0496797-1	3-5-74	F	✓													SI_NO
6	Yasmyn Henriquez	223-0011421-6	6-6-83	F	✓													SI_NO
7	Miriam Montero	-	3-3-73	F	✓		✓											SI_NO
8	Cecilio Montero	001-04661046	10-1-65	M			✓											SI_NO
9	Eudanes Mercado	-	17-4-94	F	✓													SI_NO
10	Candida Sosa	001-0369663-8	6-6-64	F		✓												SI_NO
11	Yudelka Montero	001-1424269-6	16-6-79	F	✓													SI_NO
12	Algenis Constantino	402-2144492-6	22-6-93	M	✓													SI_NO
13	Federico Canaballo	001-1314177-4	6-6-79	M	✓													SI_NO
14	Kennedy Santana	402-14804748	9-5-2000	M	✓													SI_NO
15	Ignacio Batista	001-12944798	20-3-78	M	✓													SI_NO
16	Mary Ant. De Jesus	001-0213823-7	24-1-74	M	✓													SI_NO
17	Miguel Angel Gomez	019-00043728	14-5-67	M	✓													SI_NO
18	Ana V. Garcia A.	001-0510025-9	17-6-75	M	✓													SI_NO
18																		SI_NO
20																		SI_NO

Vacunador(a): \_\_\_\_\_

Supervisor: Yanis Rodriguez







FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: \_\_\_\_\_

PROVINCIA/AREA: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_

INSTITUCION \_\_\_\_\_

LUGAR DE VCUNACION: \_\_\_\_\_

ARS: \_\_\_\_\_

FECHA: 9-10-2020

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	Joaquin Concaño	001-0498817-5	01-05-1981	M	*																
2	Alfonso Borge	001-1684712-0	01-04-1961	M	*																
3	Miguel Mercedes	402-4483644-7	20-05-1982	M	*																
4	Hian De Aya	001-1356065-0	15-10-1979	M	*																
5	Alexandro Ferreras	223-0180176-1	18-6-	M		*															
6	Manuel Alcantara	001-0012400-7	07-10-52	M			*														
7	Rafael Lora	001-0510791-6	15-03-66	M	*																
8	Franklin Rosa	223-0007919-5	25-08-76	M	*																
9	Jose Mota	001-0996897-4	05-10-58	M			*														
10	Fausto Sugilio	001-1753753-0	26-09-75	M	*																
11	Jose Torres	001-1225950-2	01-05-74	M		*															
12	Mario Diaz	050-0016335-1	24-10-55	M		*															
13	Jovino Corporan	223-0097819-8	14-02-68	M		*															
14	Jose Encarnación	012-0082903-2	10-11-82	M			*														
15	Stanlin Monegro	223-0179963-6	21-11-95	M	*																
16	Mario Rojas	001-1033153-5	03-03-59	M				*													
17	Gregy Rosario	223-0134724-5	24-08-90	M	*																
18	Ronny Felix	402-4900059-3	30-11-98	M	*																
18	Victor Sugilio	001-0875693-3	18-11-74	M	*																
20	Juan Reinoso	001-0517609-3	24-06-62	M	*																

Vacunador(a): \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_

*Yanis...*





FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES



REGION: \_\_\_\_\_ PROVINCIA/AREA: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_  
INSTITUCION ASDE LUGAR DE VCUNACION: \_\_\_\_\_ ARS: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

No.	NOMBRE APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION												Datos para Farmacovigilancia	
					TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)					HEPATITIS B		SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.
					dT					1ra	2da							
1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA			
1	Mariana Polo	223-0062953-6	11/5/89	F	✓													
2	Pedro P. Mendez	001-0099387-2	2/7/57	M	✓													
3	Ambor Rojas	223-0102275-6	30/6/91	F	✓													
4	Moisés Peralta	402-1190565-4	6/9/97	F	✓													
5	Juana Figueroa	001-1255747-5	18/5/77	F	✓													
6	Cristopher Moya	402-4395136-1	4/5/99	F	✓													
7	Francisca P. Peña	402-2174195-8	28-10-92	F	✓													
8	Juan C. Cueva	223-0037442-2	13-2-82	M	✓													
9	Wilber Sanchez	233-0167428-2	31-5-91	M	✓													
10	Elvis Feliciano G	073-0001032-4	8-5-75	M	✓													
11	Carlos J. Sabino	223-0117846-7	8-2-90	M	✓													
12	Isaías Morales	402-1477166-5	26-1-80	M	✓													
13	Victorino Naldano	068-0039976-5	28-1-82	M	✓													
14	Yeranis Rodriguez	001-1756694-3	29-12-80	F	✓													
15	Johanny Peralta	001-1363322-5	27-5-76	F	✓													
16																		
17																		
18																		
18																		
20																		

Vacunador(a): Aletis

Supervisor: [Signature]









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: \_\_\_\_\_

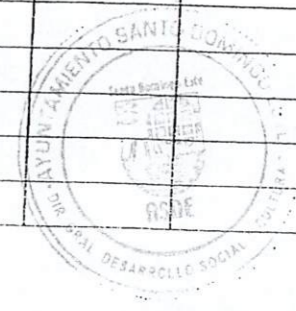
LUGAR DE VACUNACION: \_\_\_\_\_

ARS: \_\_\_\_\_

FECHA: 09-10-2020

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	Francisca Lopez	-	15-05-68	F	*														
2	Paula Bruto	001-1027677-1	15-01-76	F					*										SI_NO
3	Jose Mejia	223-0122270-3	03-08-72	M	*														SI_NO
4	Jose Camilo	001-1486554-7	28-09-79	M	*														SI_NO
5	De los Santos Ciprian	108-0005046-9	01-11-68	M		*													SI_NO
6	Patricio Morte	001-0569499-6	17-03-63	M		*													SI_NO
7	Daisy Felix	001-1035980-9	09-06-66	F		*													SI_NO
8	Fel Vicente	001-0502807-0	27-08-63	F	*														SI_NO
9	Felipe Nieves	001-1051787-7	05-02-63	M					*										SI_NO
10	Santos Lebron	001-0579940-7	01-11-62	M		*													SI_NO
11	Yaquelin Ovalles	001-1528071-1	18-06-81	F		*													SI_NO
12	Teodora Gonzalez	001-0026737-6	17-09-65	F		*													SI_NO
13	Storlin Guzman	223-0166198-3	02-11-74	M	*														SI_NO
14	Arroz Aichez	001-0482687-0	26-10-75	M	*	*													SI_NO
15	Pedro Lopez	001-0474447-9	16-08-66	M	*														SI_NO
16	Alma Mateo	001-0466825-6	19-09-56	F		*													SI_NO
17	Milly Salazar	402-3000774-8	05-09-08	F	*														SI_NO
18	Alberto Alvarez	001-1668236-0	10-12-65	M	*														SI_NO
18	Rafael Mendez	070-0005445-7	11-01-83	M	*														SI_NO
20	Obnoski Sanchez	001-0819229-5	23-10-70	M	*														SI_NO



Vacunador(a): \_\_\_\_\_

Supervisor: José A. Rodríguez





FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: \_\_\_\_\_

PROVINCIA/AREA: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_

INSTITUCION \_\_\_\_\_

LUGAR DE VCUNACION: \_\_\_\_\_

ARS: \_\_\_\_\_

FECHA: 09-10-2020

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
1	Juan Ramirez	001-1884240-0	20-02-80	M	*																	
2	Juan Ramirez	001-0432289-6	16-06-96	M	*																	
3	Tomas Castro	001-1673886-5	29-01-81	M	*																	
4	Agustin Urena	055-0024205-5	28-11-57	M	*		*															
5	Romy Beltran	402-29674250	10-07-00	M	*																	
6	Edwin Luciano	223-0170450-2	06-01-94	M	*																	
7	Jean Reyes	402-3893837-3	17-01-98	M	*																	
8	Jose Delgado	-	03-05-00	M	*																	
9	Anthony Vargas	402-3632299-9	06-09-74	M					*													
10	Luis Rodriguez	402-3414833-2	03-01-07	M	*																	
11	Luis Rojas	001-0930076-4	17-01-69	M	*																	
12	Tomas Monobel	001-0573442-0	09-03-55	M	*																	
13	Starling Peguero	001-1570777-0	15-10-75	M		*																
14	Elupina Calderon	001-1474535-9	18-11-66	F	*																	
15	Antonio De los Santos	001-0671101-0	20-10-72	M		*																
16	Edison Rosario	001-0572561-8	24-06-78	M		*																
17	Aristides Peralta	001-0518652-2	21-05-61	M	*																	
18	Pedro Taveras	223 00035221	18-06-62	M		*																
18	Dania Rosario	0011566061-5	06-06-81	F	*																	
20	Yolanda Sanchez	0010521429-0	25-12-66	F	*																	

Vacunador(a): \_\_\_\_\_

Supervisor:

