

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

Influenza

REGION: 0 PROVINCIA/AREA: Area II MUNICIPIO: Sfo Domingo Este
INSTITUCION: Ayuntamiento Santo Domingo Este LUGAR DE VACUNACION: Estación 3 Los Hornos ARS: _____ FECHA: 16/12

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 Farmacia				
					dT					HEPATITIS B			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVEN			
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	SI_NO		
1	Bienbenido Pinares	001-0640545-9	3/9/1946	M	✓															
2	Julio Antonio Pichardo C	001-02257786-3	9/10/1956	M	✓															SI_NO
3	Mmanuel P. Peña Pinales	001-0922517-9	12/1/1958	M	✓															SI_NO
4	Comando Villamueva	001-1173655-2	20/5/1969	M	✓															SI_NO
5	Juan Ramon Arceja	001-0640932-9	25/12/1952	M	✓															SI_NO
6	Moaceloz Santos Perez	x x x x x	24/9/1947	F	✓															SI_NO
7	Rodamez A. Alvarez P	001-1161136-4	15/12/1959	M	✓															SI_NO
8	Felix R. Alburquerque D	001-0312719-2	10/10/1960	M	✓															SI_NO
9	Bernalda Almonte E.	001-0477472-7	20/02/1948	F	✓															SI_NO
10	Santa R. Castillo M.	001-0960968-0	2/04/60	F	✓															SI_NO
11	Maximo Cero	x x x x x	25/03/42	M	✓															SI_NO
12	Toso del Carmen Villamueva	001-0517254-8	16/07/1948	M	✓															SI_NO
13	Manin del Rexin Fernandez	001-0314750-1	23/02/1979	F	✓															SI_NO
14	Vinencio Sanchez	001-03530762	20/11/1943	M	✓															SI_NO
15	Roberta Ogando Montero	001-0541937-8	09/05/1956	M	✓															SI_NO
16	Ana Alcyda De la Cruz	001-0980748-6	15/9/1968	F	✓															SI_NO
17	Berilda Peña	223-0002505-7	10/9/1956	F	✓															SI_NO
18	Reberina Reimose Moreno		26/2/	F	✓															SI_NO
18	Manencia Seimara Reimose		23/01/	F	✓															SI_NO
20																				SI_NO



Vacunador(a): Jenni Sosa
Leydi Plan

Supervisor: [Signature]



UD 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



REGION: 0

PROVINCIA/AREA: _____

MUNICIPIO _____

ITUCION ASDE Los mumeves

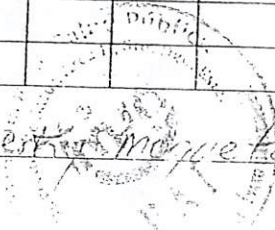
LUGAR DE VCUNACION: Estacion 777

ARS: _____

FECHA: 16/10/20

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

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.	
S M Diaz V	001-046509-7	23/12/67	M															
del Jesus	010-0000403-4	28/4/66	M	✓	✓													SI_NO
Colon V	011-0013552-2	09/12/24	M		✓													SI_NO
Ramirez		6/11/79	M	✓														SI_NO
el Arvedo O	001-1340901-5	-	M		✓													SI_NO
Asio Cepillo P	001-1100778-7	21/1/69	M	✓														SI_NO
Nolas I Nolas	902-1383067-6	17/1/2000	M		✓													SI_NO
A Morant	001-1167893-9	15/1/68	M	✓														SI_NO
Alvarez P	001-1123873-9	11/7/74	M		✓													SI_NO
Rosario V	723-0015172-3	2/5/86	F		✓													SI_NO
DUS-C Marcos M	001-1010595-4	28/7/65	M			✓												SI_NO
Lorenzo	001-0441640-9	22/2/60	M	✓														SI_NO
Rsi Montero	402-12132720	28/1/96	F			✓												SI_NO
N Familia S	001-1696879-3	29/05/85	M			✓												SI_NO
delosanto		18/4/68	F		✓													SI_NO
R Perez	010-0039930-1	31/8/70	M		✓													SI_NO
Idor Ay BAR	001-0575807	22/8/59	M	✓														SI_NO
Lupe de la Rosa	001-1294002-8	17/12/78	F			✓												SI_NO
W Sontana M	001-1670244-0	16/4/82	M			✓												SI_NO
M Rosario	001-0946691-2	11/8/67	F		✓													SI_NO



(a): Tamara Diaz Long Dada
Alexis Victorio

Supervisor: Jubert Morante



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

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 Sto Dgo Este

ITUCION _____

LUGAR DE VACUNACION: ASNE Estación III

ARS: _____

FECHA: 16/10/2020

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

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.	
<u>ia Mendez</u>	<u>223-0180425-2</u>	<u>08/09/85</u>	<u>M</u>	*														SI_NO
<u>quel Rodriguez</u>	<u>223-0027975-3</u>	<u>29/08/87</u>	<u>M</u>	*														SI_NO
<u>ar Guzman</u>	<u>001-0721079-1</u>	<u>19/03/62</u>	<u>M</u>	*														SI_NO
<u>m De La Rosa</u>	<u>001-0737698-0</u>	<u>26/12/60</u>	<u>M</u>	*														SI_NO
<u>lo Trinidad</u>	<u>001-11606158</u>	<u>28/01/62</u>	<u>M</u>	*														SI_NO
<u>muela Zapata</u>	<u>402-2095752-2</u>	<u>18/04/89</u>	<u>F</u>	*														SI_NO
<u>reralda Hernandez</u>	<u>001-0567872-6</u>	<u>08/05/63</u>	<u>F</u>		*													SI_NO
<u>ncio Viloria</u>	<u>001-0993299-6</u>	<u>20/08/57</u>	<u>F</u>	*														SI_NO
<u>olin Ferrer</u>	<u>223-0005018-8</u>	<u>29/05/85</u>	<u>F</u>	*														SI_NO
<u>lemy Disla</u>	<u>402-2122313-0</u>	<u>14/05/91</u>	<u>F</u>	*														SI_NO
<u>ncio Luna</u>	<u>001-1106860-7</u>	<u>21/11/76</u>	<u>M</u>	*														SI_NO
<u>relina Contreras</u>	<u>223-0011322-6</u>	<u>28/01/83</u>	<u>F</u>	*														SI_NO
<u>ynel Bautista</u>	<u>031-0434121-3</u>	<u>30/05/84</u>	<u>F</u>	*														SI_NO
<u>ndra Martinez</u>	<u>001-1604143-5</u>	<u>05/09/79</u>	<u>F</u>		*													SI_NO
<u>isa Alvarez</u>	<u>223-0013049-6</u>	<u>13/08/87</u>	<u>F</u>	*														SI_NO
<u>non Ventura</u>	<u>001-1252880-7</u>	<u>9/03/74</u>	<u>M</u>	*														SI_NO
<u>ia Zaveras</u>	<u>056-0084763-5</u>	<u>26/04/75</u>	<u>F</u>	*														SI_NO
<u>ana Moya</u>	-	-	<u>F</u>	*														SI_NO
<u>dez Santana</u>	<u>001-0523417-3</u>	<u>20/05/67</u>	<u>M</u>	*														SI_NO
<u>ncio Ferrer</u>	<u>001-0516299-4</u>	<u>01/01/63</u>	<u>M</u>	*														SI_NO



Supervisor(a): Laura Caraballo
Jesús Luis

Supervisor: Jessica Mota
Josmelin



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES



REGION: _____

PROVINCIA/AREA: Area II

MUNICIPIO _____

UBICACION ASDF de m...

LUGAR DE VACUNACION: _____

ARS: _____

FECHA: 16-10-22

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

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 CODIG	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.
				1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA			
dia Cordano	001-0460999-5	1-12-66	m	✓														SI_NO
biades Gloria	402-2715736-56	11-95	m		✓													SI_NO
ila Garcia	001-1032594-1	28-10-65	F		✓													SI_NO
uelina Abreu	001-05401459	29-12-70	F	✓														SI_NO
Enabel Salas P.	223-0150782-2	14-10-90	F		✓													SI_NO
lita Rosario G	001-0562733-5	15-3-61	m	✓														SI_NO
ndra A. Gomez	001-0810736-8	10-9-61	m	✓														SI_NO
Elva Colon	-	16-5-70	F	✓														SI_NO
reica Montero	001-0808266-0	31-12-65	F		✓													SI_NO
ra G. Montero G.	223-0055358-7	3-8-87	F	✓														SI_NO
net Reyes	223-0049209-1	17-4-86	F	✓														SI_NO
																		SI_NO
																		SI_NO
																		SI_NO
																		SI_NO
																		SI_NO
																		SI_NO
																		SI_NO
																		SI_NO
																		SI_NO
																		SI_NO
																		SI_NO
																		SI_NO



Supervisor(a): Sensuasa

Supervisor: Enabel Salas

Enabel Salas

Enabel Salas



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: ASD de los Plomes

PROVINCIA/AREA: Area II

MUNICIPIO Santo Domingo Este

LUGAR DE VACUNACION: _____

ARS: _____

FECHA: 30/10/2020

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

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.		
Ramon Figueroa	001-1603813-4	8/4/1980	M				X												
Ingo Poche Valdez	016-0054403-2	28/9/1975	M		X														SI_NO
el Guzman Valdez	016-0014120-2	27/11/1960	M		X														SI_NO
Perez Gonzales	001-0828400-1	5/6/1970	M				X												SI_NO
Jimenez Carlos	001-0496418-4	13/3/1969	M	X															SI_NO
Jose Hernandez Friaed	090-0018001-7	16/2/1976	M	X															SI_NO
Robal Zorrilla	001-0992233-6	25/12/1962	M	X															SI_NO
in Siervo Medina	001-0809460-8	20/12/1969	M	X															SI_NO
Francisco Mendez	001-1131520-6	12/6/1977	M					X											SI_NO
Junior Siervo Nunez	900-1201478-9	19/6/1998	M	X															SI_NO
A. Bello Bello	902-2188890-8	24/10/1989	M	X															SI_NO
al Peguera Pichard	001-1897563-0	30/3/1990	F	X															SI_NO
Rosario Vasquez	223-0015823-4	29/1/1983	F	X															SI_NO
Daniel Romel	001-1712412-3	24/5/1980	M			X													SI_NO
linda Nunez Duarte	001-1712257-2	12/12/1983	F	X															SI_NO
Luis Vasquez Friaed	400-2709212-5	17/3/1995	M	X															SI_NO
Disidoro Motos Fabian	223-0055225-8	9/1/1962	M	X															SI_NO
King Garcia	001-0563067-7	17/4/1959	M	X															SI_NO
Orlinda Fabian Durab	001-1090828-0	19/10/1970	M	X															SI_NO
maria Diaz	400-0923603-9	28/1/1998	F	X															SI_NO



or(a): 1 hijo

Supervisor: [Signature]

Thudeth marcial Rodua P

[Signature]

FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: _____

MUNICIPIO Sto Dgo Este

INSTITUCION _____

LUGAR DE VCUNACION: ASDE Estación III

ARS: _____

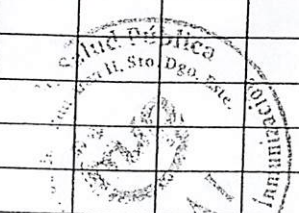
FECHA: 16/10

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 Farmac				
					dT					HEPATITIS B			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVEN			
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	EVI		
1	Liliana Sanchez	001-1671014-6	24/10/83	F	*															
2	Damaris Rojas	225-0061161-5	19/01/89	F	*															
3	Belkis Polanco	034-0010994-2	03/09/79	F	*															
4	Divino De La Cruz	223-0051033-0	02/11/60	M	*															
5	Altagracia Rodriguez	223 0130386-7	26/01/81	F	*															
6	Carlos Arias	001-1449703-5	16/09/64	M	*															
7	Ely Constanza	223-0009893-2	16/08/89	M	*															
8	Dibgenes Nuñez	001-0248781-6	17/03/64	M	*															
9	Altagracia De los S.	001-0537485-4	15/09/65	F	*															
10	Florencia Florian	078-0009518-9	05/10/76	F	*															
11	Zunilda Mata	-	26/10/71	F	*															
12	Axel Aquino	402-3040072-9	01/10/01	M	*															
13	Francis Florian	223-0046299-5	06/01/87	F	*															
14	Jose Alonzo	001-0946308-3	24/08/71	M	*															
15	Yesenia Morillo	226-0012863-5	8/04/88	F	*															
16	Marilyn Soto	223-0144626-0	12/01/83	F	*															
17	Maximo Familia	001-0574407-2	16/01/67	M	*															
18																				
18																				
20																				

Vacunador(a): Laura Capaballo Benitez
Yubekis Proqueto

Supervisor: Yubekis Proqueto



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 Sto. Dgo Este

INSTITUCION _____

LUGAR DE VACUNACION: ASDE Estación III

ARS: _____

FECHA: 16/10

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 Farmac			
					dT					HEPATITIS B			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVEN		
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	EV	
1	Pascual Henriquez	001-0513675-8	17/06/56	M	*														SI_NO
2	Esmanuel Mejia	223-0163888-2	11/09/92	M		*													SI_NO
3	Leonte Ovalle	001-0484068-1	25/09/52	M			*												SI_NO
4	Antonio Roble	001-0811029-7	01/03/62	M		*													SI_NO
5	Manolin Medina	001-1244887-3	13/05/77	M	*														SI_NO
6	Hairo Medina	223-0055876-8	03/01/88	M		*													SI_NO
7	John Mendoza	223-0104601-1	04/09/89	M	*														SI_NO
8	Samuel Capellan	001-0313076-1	06/11/69	M		*													SI_NO
9	Laura De Oleo	-	07/11/90	F	*														SI_NO
10	Emmanuel Perez	225-0039239-8	08/09/89	M		*													SI_NO
11	Miguel Cuesta	223-0082805-4	23/07/90	M	*														SI_NO
12	Dairy Guillardaux	223-0023476-6	26/09/84	M			*												SI_NO
13	Danny Duran	402-2635039-1	15/12/96	M	*														SI_NO
14	Jorge Subero	001-0250643-3	09/01/76	M	*														SI_NO
15	Manuel Santana	001-0476487-3	15/03/64	M	*														SI_NO
16	Ramona Zanora	001-1596776-2	05/11/63	F	*														SI_NO
17	Jose Hernandez	223-0125960-6	27/09/90	M	*														SI_NO
18	Carlos Mendez	070-0005222-0	10/10/81	M	*														SI_NO
18	Leidy Rodriguez	223-0140271-9	06/05/83	F	*														SI_NO
20	Eduardo Guerrero	402-2693220-6	03/03/88	M		*													SI_NO



Supervisor: Yuliuskis mequete

Vacunador(a): Laura Cardballo Sans Rosa
Abeyis Lou Aluis

FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____ PROVINCIA/AREA: _____ MUNICIPIO: _____

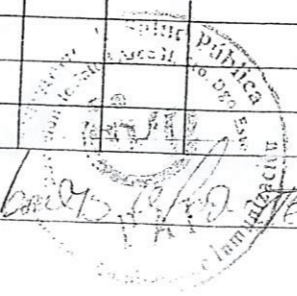
INSTITUCION _____ LUGAR DE VACUNACION: _____ ARS: _____ FECHA: _____

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 Farmaco					
					dT					HEPATITIS B			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO- 13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO					
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra						UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	
1	Marcela Peralta	0010323564 24	30/10/1944	F	10/10/2008																SI_NO	
2																						SI_NO
3																						SI_NO
4																						SI_NO
5																						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
19																						SI_NO
20																						SI_NO

Vacunador(a): _____

Supervisor: Yubany Pérez





MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

VICMINISTERIO 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: 0

PROVINCIA/AREA: DASST

MUNICIPIO Sto Dgo Este

INSTITUCION Ayuntamiento Sto Dgo Este

LUGAR DE VCUNACION: Estación 3 los maneyes

ARS: _____

FECHA: 16/10

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 Farmac									
					dT					HEPATITIS B			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	N° EVENTO						
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	SI_NO								
1	Pablo Almondo Sanchez	00108306564	18/8/1947	M	✓																				
2	Pedro C Rodriguez M.	00107532863	21/8/1945	M	✓																				
3	Agustin Danilo Martin	00108395280	05/05/1975	M	✓																				
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									



Vacunador(a): _____

Supervisor: _____

FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACIÓN EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____ PROVINCIA/AREA: AMBA MUNICIPIO: San José Est.

 INSTITUCION: ASDE (Pomoyan) LUGAR DE VACUNACION: Pomoyan ARS: _____ FECHA: 16/10

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 Farmacia			
					dT					HEPATITIS B			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVEN	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	EVE
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	SI_NO		
1	Smalinda de la Cruz	402-10284390	21/10/99	F	✓													SI_NO	
2	Yohanna Boz	001-1620962-8	10/1/83	F	✓													SI_NO	
3	Digna Jimenez	05-003388-9	10/4/70	F	✓													SI_NO	
4	Isidoro Valdez	001-1217323-2	12/12/68	M	✓													SI_NO	
5	Miguelina Mora	402-4613633-3	5/10/73	F														SI_NO	
6	Ramon Martinez	223-0083730-3	15/12/57	M														SI_NO	
7	Bonifacio																	SI_NO	
8	Bonifacio Sanchez	001-0830507-9	5/6/64	M	✓													SI_NO	
9	Cindy Minor	223-0141436-7	22/11/88 22/11/88	M	✓													SI_NO	
10	Edward Barten	001-1556967-5	13/8/79	M	✓													SI_NO	
11	Ignacia Sepulveda	402-3943431-5	10/2/83	F	✓													SI_NO	
12	Juan Florian	022-0021724-4	17/6/69	M	✓													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	

Autor(a): Alexis Serrano
Jenny Soto

Supervisor: [Signature]
[Signature]



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACIÓN EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: 3^a PROVINCIA/AREA: _____ MUNICIPIO: _____

INSTITUCION ASDE los MAMES

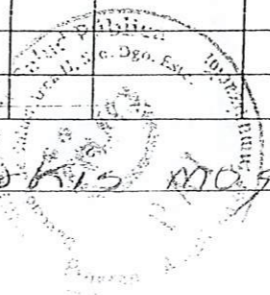
LUGAR DE VACUNACION: Estación III

ARS: _____

FECHA: 16/10/19

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 Farma			
					dT					HEPATITIS B			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVEI	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	E1
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA			
1	Deydnie D Frías	402 2471664-3	03/11/94	F		✓													SI_N
2	Milton Medina S	070-0004694-1	20/8/78	M	✓														SI_N
3	gisella att parte v	223-0045329-3	25/11/87	F		✓													SI_N
4	gabriel Diaz H	402 2144967-6	01/7/91	M	✓														SI_N
5	Bimón Sancho L	001-1544355-8	28/12/72	M	✓														SI_N
6	marizet gutiérrez	001-1543716-2	20/7/74	F	✓														SI_N
7	Yazary Mendosa	223-011435-5	10/11/89	F		✓													SI_N
8	Victor Juan Sando	001-0542055-8	20/5/55	M		✓												✓	SI_N
9	Karen M de los Santos	402-3042889-4	19/3/2001	F	✓														SI_N
10	Viviana Martínez	001-1571083	22/5/69	M	✓														SI_N
11	Belamiris	223-0161050-1	8/10/86	F	✓														SI_N
12	Alexis María	001-1665297-5	2/8/78	M	✓														SI_N
13	David Coronel	001-1409262-9	10/9/73	M	✓														SI_N
14	Thonia Fco.	026-072292-5	22/11/76	F	✓														SI_N
15	Judy Valero	402-4260257-4	16/5/76	F		✓													SI_N
16	Genoveva Guerra	01-112809-3	3/1/67	F						✓									SI_N
17	Mercedes Forta	223-0115863-4	03/1/90	F						✓									SI_N
18	Perfecto Rodríguez	001-0529749-3	13/4/70	M	✓														SI_N
18	Haidi Sanchez	001-1672012-9	22/2/82	F		✓													SI_N
20	Isabel Cuatrecasas	223-0097437	9/3/12/79	M	✓														SI_N



Vacunador(a): Isabel Díaz Sosa
Jubelys A. Lugo

Supervisor: YUBELYS MAGUETE

FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: AMATE

INSTITUCION ASDe (San Mateo)

LUGAR DE VACUNACION: San Mateo

MUNICIPIO San Mateo Este

ARS: _____

FECHA: 16/10

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 Farmacia				
					dT					HEPATITIS B			SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ E	TELEFONOS: RESIDENCIA / CELULAR	
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA			
1	Angel Rivera	15/1/94 (223-051623-7)	M																
2	Juana Perez	001-0999761-7	2/10/64	F															
3	Solano Yajaira	001-054231-7	16/6/69	F															
4	Dominion	010-0110834-8	16/8/88	F															
5	Dorcas Sanchez	001-0958039-9	25/12/70	M															
6	Emilia Sima	001-1807173-0	15/9/84	F															
7	Gloria Montano	001-0521174-2	10/4/71	F															
8	Jose Brutez	001-1918631-0	1/1/92	M															
9	Ronald Garcia	402-2434267	7/13/93	M															
10	Juana Larrosa	001-0643160-4	1/9/73	M															
11	Mauricio Dominguez	001-0810652-7	25/14/70	M															
12	Santa Rosario	001-0558303-3	15/7/64	M															
13	Tania Medina	X X X	25/2/74	F															
14	Mary Sagilio	223-0103429-8	7/12/72	F															
15	Francisca Feliz	223-0073536	6/7/87	M															
16	Domitila Leon	001-1409205-9	5/6/73	F															
17	Richard Fortuna	010-0055494	16/7/81	M															
8	Anell Feliz	X X	11/8/94	F															
8	Eidya Fortuna	001-1630137-5	2/4/80	F															
0																			



Vacunador(a): Alexis Serrano

Jany Sosa

Supervisor: Juan Carlos Magueta

Felipe