



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 DIRECCIÓN NACIONAL DE INMUNIZACIÓN (DINIM)
 CENTRO NACIONAL DE VACUNACIÓN EN GRUPOS ESPECIALES

200



REGION: _____

27/10/21
 Total de Vacunados
 169
 117 hombres
 52 mujeres

INSTITUCION: Agropecuaria

MUNICIPIO: Sta Rosa

ARS: _____

FECHA: 27/10/21

DEL SERVICIO DE VACUNACION

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

Datos para Farmacovigilancia

No.	NOMBRE APELLIDOS	CEDULA / DOCUMENTO DE IDENTIDAD. (Si es menor del título)	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)										Datos para Farmacovigilancia			
			HEPATITIS B					SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO				
			1ra	2da	3ra	4ta	5ta	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA/ CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.			
1	Roberto De Jesus R.	101-06756													829 538	847
2	Angela German	001-1440													807-221	20/NOV
3	Stalin Manrique	001-017956216	21-11-95 M	✓											819 217	15/NOV
4	Santiago Quintana	001-0472656	01/7-9-66 M	✓											829 28	21/NOV
5	José Lebrón	001-0456572	6/5/69 M	✓											829 829	22/NOV
6	Miguel De Cordero	001-0639103	01/29/11/89 M	✓											809 404	15/NOV
7	Arístides Alejandro Camp	001-12377325	18/6/82 M	✓											829 578	30/NOV
8	Edwin Antonio Camp	001-0199745	02/11/75 M	✓											829 816	11/NOV
9	Walter Enrique Ferrer	001-08276087	14/8/66 M	✓											84 9 45	13/NOV
10	Franklin Quezada	001-0920911	24/8/73 M	✓											809 497	26/NOV
11	Manuel Alejandro	001-05521011	9/2/71 M	✓											829 28	20/NOV
12	Marta Urbán	001-0956407	23/12/53 F	✓											829 793	11/NOV
13	Rosa Perdomo	003-0120708	6/5/53 F	✓											829 574	26/NOV
14	D. Mariana Montenegro	001-1035260	02/11/72 F	✓											809 816	11/NOV
15	Raúl Biltre L.	001-1599629	05/5/69 M	✓											802 158	11/NOV
16	Felix Ramon Chac	001-0834215	5/26/11/64 M	✓											807 509	11/NOV
17	Rosa Gilman Romero	001-06221	2/11/81 F	✓											819 994	01/NOV
18	Melinda Utrilla	001-1681606	2/12/69 M	✓											847 8815	15/NOV
19	Peter Manuel González	001-0570212	2/12/81 M	✓											827 252	11/NOV
20	Marta Cecilia De Estrella	001-02121	2/12/81 F	✓											827 252	11/NOV

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____

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

250



REGION: _____

PROVINCIA/AREA: 2

MUNICIPIO: Sta Rosa Eto

INSTITUCION: Municipalidad de Sta Rosa Eto

LUGAR DE VACUNACION: ASDIE

ARS: _____

FECHA: 27/10/2021

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 / No.			
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA						
1	Roberto Gonzalez	001-1262714-7	16/10/59	m	✓						✓											
2	Tomás Castro	001-16732266-5	29/10/81	m	✓						✓											
3	Fernando Serrano	001-1453752-0	26/9/75	m	✓						✓											
4	Luis Ochoa	001-1262692-3	11/10/77	m	✓						✓											
5	Antonio Mota	100-000423-8	24/8/59	m	✓						✓											
6	Manuel Sanchez	001-096797-1	08/5/34	F	✓						✓											
7	Juan Carlos U.	001-110542-9	20/12/59	m	✓						✓											
8	Juan Encarnación	049-005491-2	25/5/78	m	✓						✓											
9	Kenia Torres S.	192-000355-4	21/2/87	F	✓						✓											
10	Roberto Torres	228-0015522-1	10/6/62	m	✓						✓											
11	Wilfredo Cruz	228-0015522-1	18/7/75	m	✓						✓											
12	Luis De la Cruz	402-1480180-3	01/2/98	m	✓						✓											C
13	Juan De la Cruz	225-0017914-1	11/10/77	m	✓						✓											A
14	Altagracia Santos	001-1000549-3	02/12/66	m	✓						✓											A
15	Paola Rodriguez	402-2608977-0	26/3/96	m	✓						✓											F
16	Francisco Pérez	001-111516197	16/12/76	F	✓						✓											F
17	Richard Fumalá	010-0085494-5	16/7/78	m	✓						✓											F
18	Johanny Encarnación	001-172515338	10/11/81	m	✓						✓											no
18	Wesman Achondo	011-0842835-0	11/1/73	m	✓						✓											
20	Freddy Ramirez	001-00898109-2	20/5/68	m	✓						✓											

Vacunador(a): Wesman Achondo

Supervisor: _____



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: I

PROVINCIA/AREA: DASSI

MUNICIPIO: San Diego de Chuquiaguani

INSTITUCION: Departamento de Salud

LUGAR DE VACUNACION: HSDE

ARS: _____

FECHA: 27/10/2021

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 / RUBIOLA	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	Rocha Ramos Estuardo	001-0533224-1	15/6/57	M	✓													801-1814	SI_NO
2	Ramon Aguado	023-0159278-2	15/6/74	M	✓													801-324	SI_NO
3	Maria del A. Paredo	001-1013856-7	27/7/74	F	✓													801-434	SI_NO
4	Carolina de la Cruz	001-0477467-4	27/9/46	M	✓													801-780	SI_NO
5	Maria P. P. P.	001-471508-1	18/6/67	M	✓													801-337	SI_NO
6	Maria E. Escobar	001-0047371-9	04/6/54	M	✓													801-337	SI_NO
7	Maria de la Cruz	001-1235370-9	08/5/76	M	✓													801-337	SI_NO
8	Maria del H. Paredo	001-0504243-6	10/8/57	F	✓													801-337	SI_NO
9	Roberto Ramirez	001-0013476-0	5/11/73	F	✓													801-337	SI_NO
10	Francisco Rene Alcedo	076-0014530-9	1/9/77	M	✓													801-337	SI_NO
11	Roberto Paredo	001-0012857-7	20/2/68	M	✓													801-337	SI_NO
12	Maria del H. Paredo	023-0103752-3	24/12/86	F	✓													801-337	SI_NO
13	Maria Paredo	004-0020115-4	5/11/77	F	✓													801-337	SI_NO
14	Milton Paredo	001-08321418-0	1/7/75	M	✓													801-337	SI_NO
15	Ramon Aguado	001-0477453-1	30/1/64	M	✓													801-337	SI_NO
16	Maria Paredo	023-0047281-2	1/11/81	F	✓													801-337	SI_NO
17	Maria Paredo	023-0056533-1	13/7/87	F	✓													801-337	SI_NO
18	Maria Paredo	001-0012857-7	26/11/72	M	✓													801-337	SI_NO
19	Maria Paredo	001-0012857-7	1/11/74	F	✓													801-337	SI_NO
20	Maria Paredo	023-0056533-1	1/11/77	M	✓													801-337	SI_NO

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: II

PROVINCIA/AREA: DASSA

MUNICIPIO Sto. Domingos

INSTITUCION Unidad Promocional de Salud

LUGAR DE VACUNACION: DSOE

ARS: _____

FECHA: 27/09/2021

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	Cati Lopez	001-104765-7	14/9/79	F	✓													609 609 86	_SI_NO
2	Paula Prieto	001-1027077-1	2/3/74	F			✓											810 103 33	_SI_NO
3	Antonia S. Garcia	001-10265-4	27/7/80	F	✓													304 201 83	_SI_NO
4	Priscila Y. Valverde	001-1020505-5	6/11/86	F	✓													810 103 33	_SI_NO
5	Simoneles Cepeda	001-0830746-3	23/3/67	M	✓													909 330 59 69	_SI_NO
6	Yamira Jimenez	001-0875529-9	27/9/68	F	✓													829 306 1	_SI_NO
7	Edmundo Rios	223-0130771-0	26/1/71	F	✓													829 306 1	_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
18																			_SI_NO
20																			_SI_NO

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
VICEMINISTERIO DE SALUD COLECTIVA / GESTIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACION
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)

250



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: D. N. S. Z.

MUNICIPIO: Sto Dgo Este

INSTITUCION: Comunidad

LUGAR DE VACINACION: A.S. D.F.

ARS: _____

FECHA: 27/10/21

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	Tosco Noel Reyes	402-2697263	4/10/1994	M															
2	Rivero Sandra De la Paz	001-050600	11/11/1973	M	✓													8225 23 4 02	SI_NO
3	Molina Antonia Guillot	222-0162721	16/12/1972	F	✓													80997 35 36	SI_NO
4	Miguel Trujillo Román	001-04126563	26/04/1965	F	✓													842 37 16 7	SI_NO
5	Alves Arlete Gomes	229-0000121	2/11/1964	M	✓													80989 15 77	SI_NO
6	Rivero E. Siqueira	223-0029565	30/09/1975	F	✓													809 315 77	SI_NO
7	Rivero Carlos	001-1137269	1/22/10/1972	M	✓													841 21 25	SI_NO
8	Martinez Mela Alfonso	001-1049254	2/16/1970	F	✓													809 92 45	SI_NO
9	De la Cruz Roberto	001-1014288	6/9/1972	M	✓													809 30 34	SI_NO
10	Yamala Sierra	223-0158680	13/4/1975	M	✓													829 31 31 5 2	SI_NO
11	Enrique Medina	072-0010300	16/8/1970	M	✓													829 31 17	SI_NO
12	Wanda Del Carmen Reyes		27/3/1970	F	✓													80780 24 2	SI_NO
13	Ferrari Santos	001-0947798	4/11/4/65	M	✓													809 20 06	SI_NO
14	Fernandez B. Acosta	001-0432547	28/8/1977	M	✓													829 60 77	SI_NO
15	Gilmore Eulogia Acosta	077-0041416	4/24/12/1965	F	✓													809 405 65	SI_NO
16																			SI_NO
17																			SI_NO
18																			SI_NO
19																			SI_NO
20																			SI_NO

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____ PROVINCIA/AREA: 2 MUNICIPIO: Sancti Domingo este
 INSTITUCION: Ayuntamiento LUGAR DE VACUNACION: ASIDE ARS: _____ FECHA: 27/10/21

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	Fernando Cuevas	223-0082746-9	03/09/89	M	✓													84491-635-9093	SI_NO
2	Cornelio Havia	001-1013974-6	23/05/65	M	✓													801-705-0763	SI_NO
3	Yesica Martinez	223-0157967-2	18/09/92	F	✓													824-133-3603	SI_NO
4	Juan Batista	223-0110048-7	07/11/89	M	✓													8149-205-1714	SI_NO
5	Hon Castillo	223-01428830	17/07/89	M	✓													804-204-798	SI_NO
6	Rita Ramirez	001-0472708-1	22/05/62	F	✓													801-599-9784	SI_NO
7	Coluccion Ballon	223-01432336	12/02/92	F	✓													804-417-5000	SI_NO
8	Luis Martinez	001-1469405-2	22/02/53	M	✓													804-936-1736	SI_NO
9	Wilson Blas	001-15708315	22/02/82	M	✓													824-705-2264	SI_NO
10	Jose Mera	001-15784518	19/01/89	M	✓													8209-786-6013	SI_NO
11	Carlos Diaz	001-14162778	10/10/78	M	✓													801-233-5178	SI_NO
12	Rodhamer Puerto	001-0249364-9	26/02/53	M	✓													824-276-1769	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

C
H.U.
A.U.
A.U.
A.U.
A.U.
A.U.
A.U.

Vacunador(a): [Signature]

Supervisor: _____



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: DASS

MUNICIPIO Sta. Dominga Sta.

INSTITUCION Defensoría

LUGAR DE VACUNACION: ASPE

ARS: _____

FECHA: 27/10/2021

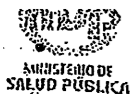
DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

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	Miguel Fernando Carr	00105123129	18/1/2002	M	X													809-20350	SI_NO
2	Francisco Carr	01200839103-2	10/11/2001	M	X													809-20350	SI_NO
3	Alfonso Torres			M	X													809-20350	SI_NO
4	Juan Medina	05000121996	5/6/1946	M	X													849-40718	SI_NO
5	Rene Barin	40231050186	22/11/1945	M	X														SI_NO
6	Fernando Galdo	0011041139-4	13/1/1969	M	X													3064419	SI_NO
7	Milinda Carr	01100523345	20/11/1966	F	X													809-20350	SI_NO
8	Osor Carr	001-04547260	15/02/71	M	X													3064419	SI_NO
9	Josefa de los Santos	0011125672-3		F	X													726 0017	SI_NO
10	Julia Jimenez	001-2526873-4	20/06/79	F	X													809-20350	SI_NO
11	Juan Velasco	233-00954245	21/08/51	M	X													849-330-1676	SI_NO
12	Amelia Carr	402-38811828	15/11/98	F	X													383 3844	SI_NO
13	Armando Anzo	001-09011874	03/06/71	F	X													809-20350	SI_NO
14	Yanis Mejia	001-05026074	10/05/65	F	X													809-20350	SI_NO
15	Bernardo Velasco	018-0014916-1	27/10/62	M	X													809-20350	SI_NO
16	Jacobo Sanchez	031-02903321	06/12/66	M	X														SI_NO
17	Hazont Suarez	001-14894900	21/07/71	F	X													029 239-505	SI_NO
18	Julio Ramirez	001-12520808	13/11/79	M	X													509 414593	SI_NO
18	Emilia Suarez	492-3445160-1	08/10/20	F	X													509 57411	SI_NO
20																		571 730-3710	SI_NO

Vacunador(a): [Signature]

Supervisor: _____

D.C
A-U
AU
D.C
AU
D.C
S
M



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: II

PROVINCIA/AREA: ASD E II

MUNICIPIO: Sancti Spiritus

INSTITUCION: Asamblea de Vecinos

LUGAR DE VACUNACION: ASD E

ARS:

FECHA: 27/10/2021

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

No.	NOMBRE APELLIDOS	CEDULA / DCC 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	Juan Carlos Carrillo	273-0026108	21/06/1982	M	✓													209-891-43	SI_NO
2	Felix de Jesus Torres	201-1497433	02/06/1970	M	✓													209-445-74	432
3	Pedro Rosendo Velez	402-246273	8/02/06/1991	M	✓													209-674	2670
4	Emilia Martinez	201-0573670	10/11/1948	M	✓													209-593	3550
5	Milva Entanacion	402-4441668	7/03/11/2001	M	✓													209-209	5064
6	Habibania Puellos	201-143612	6/08/05/1971	F	✓													209-526	873
7	Elizabeth Cardiel	402-2794416	01/06/1982	F	✓													209-248-71	2
8	Yoni Puellos Felix	019-0008906	02/11/1971	M	✓													209-201	3165
9	Chelvy Entanacion	200-16580	7/13/05/1970	M	✓														
10	Mariana Mena Entanacion	201-0007808	7/08/02/1966	F	✓														
11	Mirabeli Lomay	602-2830725	02/11/1970	F	✓														
12	Alejandro Mele	001-1029052	5/12/01/1951	M	✓													209-317	4018
13	Mirabeli Meralte	001-1518593	6/01/02/1943	M	✓													209-461	408
14	Isabel Felix	001-0991335	04/07/1961	F	✓													209-25	0221
15	Jessie Mandy	226-003734	6/15/12/1981	M	✓													209-25	7
16	Denatela Leon de la Cruz	001-1409205	9/05/06/1973	F	✓														
17	Juan Carlos R.	402-23-0005917	9/16/11/1981	M	✓													209-708	100
18																		209-314	1387
18																			
20																			

Vacunador(a): [Signature]

Supervisor: _____