



REGION: II

26-10-21
 Total de Vacunados
118
95 Hombres
23 mujeres.

SA

MUNICIPIO Sto Dgo Pztl

ARS: _____

FECHA: 26/10/2021

INSTITUCION Ayuntamiento S.

DEL SERVICIO DE VACUNACION

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

Datos para Farmacovigilancia

No.	NOMBRE APELLIDOS	CEDULA / DOCUMENTO IDENTIFICACION (Si es menor del)	HEPATITIS B					SARAMPION / RUBEOLA	NEUMO-13	POLIO	INFLUENZA	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO	
			4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS: RESIDENCIA/ CELULAR	NOTIFICA EVENTO / Nos.
1	Albareds Diaz mendel	080-0004			1ra							829773	SI_NO
2	Pinestazabila S.	001-13213			1ra							809-706	SI_NO
3	Macias norp froyan	001-01572			1ra							3142	SI_NO
4	Santo Ca Pa R Ro Sa	001-0621556	9/12/11	56	m	1ra						829574	SI_NO
5	Federico Camilo Vengal	001-1781070	5/18/16	56	m	1ra						809-458	SI_NO
6	Yonathan ant. Delos	223-0061283	9/10/21	87	an	1ra						809-268	SI_NO
7	Randy alexander Smitz	001-1685609	7/29/19	83	m	1ra						809-177	SI_NO
8	Federico de los Santos	402-2753997	6/9/16	74	m	1ra						849-218	SI_NO
9	nicanorentra #.	402-2648103	0/21/16	90	m	1ra						809-658	SI_NO
10	Wunderson mendel	178-2015223	8/30/15	95	m	1ra						821-398	SI_NO
11	Marcelo Perez	001-1232436	3/22/17	77	m	1ra						809-100	SI_NO
12	marcelina adams	223-0139019	5/3/15	58	m	1ra						849-247	SI_NO
13	Brenbuido ant te sus	001-04545	10/13/16	68	m	1ra						802-293	SI_NO
14	Sore' Peter van de los	001-159852	8/19/16	65	m	1ra						809-443	SI_NO
15	alexander Villca	001-0276419	8/19/15	61	m	1ra						809-285	SI_NO
16	Diego de la Rosa	001-1529738	4/26/16	81	m	1						829-392	SI_NO
17	Nelson Santana	001-1755113	0/17/15	17	m	1						809-401	SI_NO
18	Bartolo ortez S.	022-0009711	9/15/14	46	m	1						849-279	SI_NO
18													SI_NO
20													SI_NO

Vacunador(a): Isabella Peña

Supervisor: Dra Ana / Dra. Mella



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: 2

PROVINCIA/AREA: 2 Salud

MUNICIPIO: Sto. Domingo Este

INSTITUCION: Comunidad

LUGAR DE VACUNACION: ASDE

ARS: _____

FECHA: 26/10/2001

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	VISTA Encarnacion	15151953	4/11/97	M	✓						✓						829 374-8724	SI_NO
2	Ricardo la Herra	1014787-6	30/5/70	M	✓						✓						5	SI_NO
3	Joel Ant. moncion	0122410-5	15/10/91	M	✓						✓						829 835-4444	SI_NO
4	Rafael J. Martinez	1564063-3	20/6/79	M	✓						✓						829 437-1149	SI_NO
5	Juan B. Dista J.	0070701-3	24/11/88	M	✓						✓						829 513-5003	SI_NO
6	Josee. Rodriguez	0356511-5	31/8/58	M				✓			✓						829 819-8100	SI_NO
7	Antonio Manuel Galino	7720538-8	1/8/97	M	✓						✓						829 98-1177	SI_NO
8	Pablo del. AyBAR	0371335-3	12/2/52	M	✓						✓						829 374-823	SI_NO
9	Errolal J. Hernandez	1713769-5	26/2/83	M		✓						✓						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): Tomy Diaz

Supervisor: Dr. Ana / Dra. O. Melon

82



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: II

PROVINCIA/AREA: Davao II

MUNICIPIO STO D90 ESTE

INSTITUCION ASDE

LUGAR DE VCUNACION:

ARS:

FECHA: 26/10/21

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	Rafael Cabrera C.	223-0124682-7	3/6/68	M	✓						✓							809953822	SI_NO
2	Juan R. Reinoso G.	001-0517609-3	24/6/62	M	✓						✓							809844202	SI_NO
3	Dagoberto Hernandez	223-0176733-6	15/2/95	M	✓						✓							829729	SI_NO
4	Cecilia Rosario A.	001-0571380-4	18/6/57	F		✓					✓							809343	SI_NO
5	Felix De la Cruz Lopez	001-1212244-5	23/2/56	M	✓						✓							809018	SI_NO
6	Guillermo De la Cruz	001-1683404-5	3/3/71	M	✓						✓							809372	SI_NO
7	Gregory B. Rosano F.	223-0134734-	24/8/90	M		✓					✓							NO	SI_NO
8	Santa Marta Jara	100-0004848-7	9/10/77	F					✓			✓						829799	SI_NO
9	Rolando Paulino C.	001-1106900-1	19/6/74	M	✓						✓							809359	SI_NO
10	Carlos Henriquez A.	001-1384572-1	19/1/79	M	✓							✓						824409	SI_NO
11	Shen L. Martinez C.	001-1323575-8	10/12/81	M	✓													NO	SI_NO
12	Guillermo Serna	078-0003379-2	10/8/52	M	✓						✓							809995	SI_NO
13	Victor M. Fana	001-0954397-5	24/12/57	M	✓						✓							NO	SI_NO
14	Ermesto Mesa E.	001-1397719-3	8/11/77	M	✓						✓							829353	SI_NO
15																		829341	SI_NO
16																		0232	SI_NO
17																			SI_NO
18																			SI_NO
18																			SI_NO
20																			SI_NO

Vacunador(a): Ramona Berrera

Supervisor: Dr. Anas / Dra. Aletta



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: ?

MUNICIPIO Sto Domingo Este

INSTITUCION ASDE

LUGAR DE VCUNACION: ASDE

ARS: _____

FECHA: 26/10/21

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 / Nus.
1	Maximo Encarnacion	01-223-0155380	19/10/19	m	✓						✓						223-4364528	_SI_NO
2	Padro Florian	001-13232821	29/3/18	m	✓						✓						829-2012106	_SI_NO
3	Josuel Mendez	001-13232821	29/3/18	m	✓						✓						829-2795249	_SI_NO
4	Weslley D'Paon	023-007691128	12/08/18	m	✓						✓						800-3044783	_SI_NO
5	Daniel Salvador	001-04992818	26/7/19	m	✓						✓							_SI_NO
6	Rodolfo Mejia	223-00875055	19/8/19	m	✓						✓							_SI_NO
7	Julio Lencina	037-00834968	7/9/12	m	✓						✓						829-4012290	_SI_NO
8	Quintano D'Paon	223-00195702	13/3/18	m	✓						✓						829-3132624	_SI_NO
9	Ricardo Hdez.	001-05412068	01/11/16	m	✓						✓						829-7791416	_SI_NO
10	Suan Villanueva	005-00166525	18/2/16	m	✓						✓						809-7141178	_SI_NO
11	Johanna Martinez	223-00520321	28/1/18	F	✓						✓						800-9063510	_SI_NO
12	Rafael Mercedes	001-03573838	11/05/16	m	✓						✓						809-7024187	_SI_NO
13	Rafaelina Florian	011-00315236	24/4/81	F	✓						✓						809-7024187	_SI_NO
14	Ana I. Mercedes	223-00220835	3/18/18	F	✓						✓						829-41622541	_SI_NO
15	Manuel D'Sousa	402-41908928	22/5/19	m	✓						✓						829-6571051	_SI_NO
16	Edy Finango E.	001-03016811-0	20/4/18	m	✓						✓						829-4788514	_SI_NO
17	Pio Pineda m.	001-1858265-4	24/1	m	✓						✓							_SI_NO
18																		_SI_NO
19																		_SI_NO
20																		_SI_NO

Vacunador(a): Ludic Rodriguez Villanueva

Supervisor: Dr. Anes / Dra. Melia



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: 2 (NASSTI)

MUNICIPIO: Sto Agn Este

INSTITUCION: Cementerio

LUGAR DE VACUNACION: ASDE

ARS: _____

FECHA: 26/10/21

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	Bolinas Ant. Peña	001-136494	26-10-11	M	✓													20	SI_NO
2	Ramon Beltré	0011-0026912	26-10-11	M	✓													"	SI_NO
3	Wilkin Pariana	402-4872116	5/26/10	M	✓													"	SI_NO
4	Feliciano Quzman	004-0016590	8/26/10	M	✓													"	SI_NO
5	Carlos Mises	001-0501554	9/26/10	M	✓													"	SI_NO
6	Jose Alberto Marti	001-1033831	6/10/10	M	✓													809 660 14	NO
7	Angel Espinosa	001-0630625	11/11/13	M	✓													829 577 26	SI_NO
8	Jose Dorcid Mota	001-09968974	8/17/10	M	✓													809 627 31	NO
9	Edward Hiciano	001-16253766	7/5/91	M	✓													no	SI_NO
10	Rafael Cepeda	001-1216138	5/21/10	M	✓													809 5190 29	NO
11	Theodora Francisco	096-0002264	5/8/12	F	✓													829 865 46	NO
12	Nere Ramona De Leon	223-0167773	1/10/46	F	✓													809 432 14	NO
13	Juan Flo. Requena	001-0510527	4/5/10	M	✓													809 702 88	NO
14	Johanny Jimenez	001-1531330	6/9/11	F	✓													829 886 63	NO
15	William Santand	001-0573604	5/11/11	M	✓													809 720 86	NO
16	Roberto Anibal S.	001-052256	8/17/19	M	✓													809 994 45	NO
17	Ernesto Yma	031-0317317	25/11/10	M	✓													829 497 16	NO
18	Daniel Montero	223-0028731	9/19/19	M	✓													829 540 63	NO
18	Eladio Martinez	001-0419247	10/18/11	M	✓													no	SI_NO
20	Rensu Ant. Garcia	001-1013519	28/11/11	M	✓													809-720 21	NO
																		829 532 62	NO

Vacunador(a): _____

Supervisor: Dr. Ana / Dra. Melbe

Santa

45



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: #

MUNICIPIO SDE

INSTITUCION ASDE

LUGAR DE VCUNACION: ASDE

ARS: _____

FECHA: 26-10-2021

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	Wladimir Guzmán Beltrán	223 0136245-9	28/1/92	M	✓						✓								SI_NO
2	Wladimir Pestu de Leon	001-1647257-2	07/10/24	M	✓	✓					✓								809 097 5852 SI_NO
3	Franklin Arias Gomez	001-1390418-9	03/10/80	M	✓						✓								829512884 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
18																			SI_NO
20																			SI_NO

Vacunador(a): De Vicente

Supervisor: Dr. Juan Carlos Melles

#4

FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES



REGION: _____

PROVINCIA/AREA: 2

MUNICIPIO SIDE

INSTITUCION Ayuntamiento S.D.

LUGAR DE VACUNACION: Ayuntamiento Santa Juana Lta

ARS: _____

FECHA: 26/10/2021

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 / Nos.	
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA				
1	Sosa A. Wilson	001-1734960	04/3/1935	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Humberto Fuentes	070-0001698-5	02/3/1958	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	Salas R. R. B.	223-0002252-3	03/11/1946	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Alfonso S. S. S.	402-4502221-1	22/10/1963	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	Sosa Sandra Cortina	402-1276023-1	2/9/1999	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Fuentes Humberto	001-03541715-0	2/3/1995	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	Castro Humberto	001-1414532-7	15/2/1961	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	Sosa M. Cortina	001-0565263-0	1/12/1960	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	Quirós Osorio S.	001-1547864-6	19/6/1979	F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	Quirós Osorio S.	001-1531602-8	31/6/1962	F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	Martínez Vilma	223-0012076-7	29/9/1984	F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	Pérez Lucas María	001-1575298-9	22/6/1989	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	Fuentes Humberto	052-0023702-5	22/12/1960	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14	Sosa Manuel Ignacio	001-001230529	03/5/1977	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	Sosa Miguel Gustavo	001-1428765-9	22/12/1988	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	Andrés Humberto Félix	013-0053731-0	12/10/1980	F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	Williams Roberto	001-0372056-3	16/6/1964	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	Quirós Osorio S.	001-1593715-3	2/9/1965	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	Alfonso S. S. S.	001-1323005-4	7/11/1979	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	Sosa F. Rodríguez	001-1739532-7	2/4/1983	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Vacunador(a): _____

Supervisor: Dra. Ana Dra. Melte

#7



FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES

REGION: _____

PROVINCIA/AREA: 7

MUNICIPIO Santo Domingo Este

INSTITUCION Ayuntamiento

LUGAR DE VCUNACION: Ayuntamiento Santo Domingo Este

ARS: _____

FECHA: 26/10/2021

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	Diego Duran Lopez	001-0511752-7	25/10/1982	M	X						X							8094053844	SI_NO
2	AGUSTIN DE JUAN	05500242085	08/11/57	M	X						X							8093356173	SI_NO
3	GERALD ALEXANDER	4023556534	02/6/97	M	X						X							8098830176	SI_NO
4	Julio Arcevic Ferrer	0010916637-4	22/7/1969	M	X						X							8098813862	SI_NO
5	José Luis Di María Ferrer	0010537936-4	12/7/73	M	X						X							8095955583	SI_NO
6	Diego Gonzalez Garcia	0010941919-2	01/8/68	M	X						X							809492842	SI_NO
7	Arturo de Jesus	001046848	09/3/70	M	X													80937862	SI_NO
8	Yelson Enriquez	00301360651	18/4/91	M	X													809-6789	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:

Dra. Ana / Dra. Mella

18

FORMULARIO NOMINAL DE REGISTRO DE VACUNACION EN GRUPOS ESPECIALES



REGION: _____

PROVINCIA/AREA: II

MUNICIPIO ASDE (Punto Domingo este)

INSTITUCION _____

LUGAR DE VACUNACION: ASDE

ARS: _____

FECHA: 26-10-2021

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	Rohad Eduardo	061-0510791-6	15/05/1966	M	✓						✓							849-650	1566
2	Wilfrido Dion	007-1166734-4	11/11/1924	M	✓						✓							-	-
3	Osiris Constantino	019-0017007-5	26/11/1973	M	✓						✓							829-432	2527
4	Mario Rojas	001-1033153-5	03/04/1949	M	✓						✓							829-464	9779
5	Martin Martin	001-1335888-1	25/12/1973	M	✓						✓							809-924	4489
6	Michael Victor Feliz	223-0092101-6	29/12/1985	M	✓						✓							809-598	530
7	Sergio Beltrán	001-0766642	12/12/1966	F	✓						✓							809-388	7013
8	Sergio Acuña	001-1088099-8	07/10/1966	M	✓						✓							809-501	46
9	Venerable Enrique	075-0002730	08/02/1977	M	✓													-	-
10																		-	-
11																		-	-
12																		-	-
13																		-	-
14																		-	-
15																		-	-
16																		-	-
17																		-	-
18																		-	-
18																		-	-
20																		-	-

Vacunador(a): _____

Supervisor: Dra. Ana / Dra. Melba

49