



DISTRITO MUNICIPAL JUMA BEJUCAL
Control médico del personal manejo de residuos sólidos Y Ornato
Relación de personal

ID	Nombre completo	Función	Teléfono	CONSULTA MÉDICA		Analíticas						Habilitado		
				Certificación	año	CBC	año	DT	año	HA	año		EGH	año
				NO	2022	SI	2021	SI	2022		2022		NO	2021
402-2041926-7	RAUL ESTEBAN CAMACHO	CHOFER FICHA CJB-02	849-638-7379	SI		SI		SI		SI		SI		SI
048-0035188-6	CASIMIRO ENRIQUE ACOSTA	AYUDANTE DE CAMION	0	SI		SI		SI		SI		SI		SI
048-0056940-4	EDUARDO GRULLON CAPELLAN	RECOLECTOR DESECHOS SOLIDOS	809-771-3948	SI		SI		SI		SI		SI		SI
0480074670-5	ALEXIS LINARES VELASQUEZ	CHOFER FICHA CJB-04	809-252-4649	SI		SI		si		SI		SI		SI
048-0051782-5	ETANISLAO ROSARIO GUZMAN	CAPATAZ GENERAL	829-978-7338	SI		SI		si		SI		SI		SI
048-0048207-9	FELIX ANTONIO NUÑEZ VALERIO	ENC. ORNATO	829-804-8157	SI		SI		SI		SI		SI		SI
090-0002985-1	FRANCISCO TRONILO HERNANDEZ	RECOLECTOR DESECHOS SOLIDOS	0	SI		SI		SI		SI		SI		SI
048-0096444-9	FRANKLIN PUELLO GONZALEZ	RECOLECTOR DESECHOS SOLIDOS	809-490-9069	SI		SI		si		si		SI		SI
048-0032705-0	JORGE ADRIAN SURIEL	RECOLECTOR DESECHOS SOLIDOS	0	SI		SI		SI		SI		SI		SI
048-0033521-0	JOSE LUIS ROSARIO RODRIGUEZ	RECOLECTOR DESECHOS SOLIDOS	829-827-5602	SI		SI		SI		si		SI		SI
048-0038206-3	JUAN ANTONIO AQUINO ROSARIO	RECOLECTOR DESECHOS SOLIDOS	829-550-4164	SI		SI		SI		SI		SI		SI
048-0099785-2	MARINO ANTONIO CRUZ RUIZ	RECOLECTOR DESECHOS SOLIDOS	809-464-9158	SI		SI		SI		si		SI		SI
402-1411472-6	MARLON DE JESUS BAUTISTA	RECOLECTOR DESECHOS SOLIDOS	829-468-0673	SI		SI		SI		si		SI		SI
048-0059907-0	PEDRO MORFA MORALES	RECOLECTOR DESECHOS SOLIDOS	809-512-1538	SI		SI		SI		SI		SI		SI
048-0047618-8	RAFAEL ANTONIO CASADO ALBERTO	RECOLECTOR DESECHOS SOLIDOS	829-837-4215	SI		SI		SI		si		SI		SI
048-0041900-6	RAFAEL TAVERAS RAMIREZ	RECOLECTOR DESECHOS SOLIDOS	829-651-2968	SI		SI		SI		SI		SI		SI
402-3463573-4	RONALD MARTINEZ SANTOS	RECOLECTOR DESECHOS SOLIDOS	0	SI		SI		SI		SI		SI		SI

048-0051527-4	VICTOR ARIAS LIRANZO	CHOFER FICHA CJB-03	829-351-2398	SI		SI								
048-0062335-9	VICTOR SUAREZ DE LA CRUZ	RECOLECTOR DESECHOS SOLIDOS	829-291-7498	SI		SI								
048-0111303-8	YAFREISY ESPINO GARCIA	RECOLECTOR DESECHOS SOLIDOS	829-805-7885	SI		SI								
048-0081178-0	ADELA POLANCO VASQUEZ	BARRENDERA BRIGADA URBANA	829-973-5225	SI		SI				SI				SI
001-1224638-4	ALBERTO SANTIAGO MORILLO CRUZ	SUP. BRIGADA ESPECIAL	829-230-2659	SI		SI		SI		si				SI
048-0033744-8	ELSIO AMANCIO FELIZ	OBRERO BRIGADA URBANA		SI		SI		SI						SI
402-2186641-7	ALEXIS RAMON CUSTODIO JIMENEZ	SUPERVISOR DE BRIGADA	829-394-3400	SI		SI								SI
048-0034590-4	ALTAGRACIA ROSARIO	BARRENDERA BRIGADA LABRADOR	0	SI		SI								SI
048-0042365-1	ALTAGRACIA SANTOS	BARRENDERA BRIGADA LOS MANGOS	0	SI		SI								SI
048-0038594-2	BALVINA VIRGEN TAVERAS	BARRENDERA BRIGADA LABRADOR	0	SI		SI				si				SI
001-0915188-6	DANIEL TINEO PEREZ	OBRERO		SI		SI								SI
402-2092734-3	DEYANIRA JIMENEZ DISLA	BARRENDERA BRIGADA URBANA	849-408-1951	SI		SI				si				SI
048-0014392-9	ELADIO Saviñon DE JESUS	BARRENDERO BRIGADA LOS MANGOS	0	SI		SI								SI
048-0041385-0	GELIN DONAIDA SAN PABLO CRUZ	BARRENDERA BRIGADA URBANA	829-384-0846	SI		SI								SI
048-0041749-7	ISAURA MENDEZ	BARRENDERA BRIGADA LOS MANGOS	809-727-6126	SI		SI								SI
123-0009184-5	JOSE ALTAGRACIA PEREZ RODRIGUEZ	OBRERO BRIGADA LOS MANGOS		SI		SI								SI
048-0033262-1	JOSEFA GARCIA ALBERTI	BARRENDERA BRIGADA LOS MANGOS	0	SI		SI								SI
031-0203481-0	JOVINA COSME	BARRENDERA BRIGADA LOS MANGOS	0	SI		SI								SI
048-0038295-6	LEONIDAS DURAN COLLADO	BARRENDERA	829-363-4860	SI		SI								SI
048-0034799-1	LUCAS REINOSO JIMENEZ	OBRERO CAMINO VERTEDERO		SI		SI				si				SI
048-0034230-7	LUZ MARIA COLON	OBRERA BRIGADA LABRADOR	809-698-8954	SI		SI								SI
048-0042096-2	LUZ MARIA GUERRERO ACOSTA	BARRENDERA BRIGADA URBANA	0	SI		SI		SI						SI
048-0033774-5	MARIA GARCIA GUERRERO	BARRENDERA BRIGADA URBANA	0	SI		SI								SI
048-0114136-9	MARIBEL MARTINEZ	BARRENDERA BRIGADA LABRADOR	849-502-9562	SI		SI								SI
048-0079853-2	MARIBEL PEÑA VASQUEZ	BARRENDERA BRIGADA URBANA		SI		SI								SI
048-0034222-4	MARIO JOSE CEPEDA	OBRERO BRIGADA LABRADOR	0	SI		SI		SI						SI

048-0063350-7	NERYS ALMONTE PANIAGUA	BARRENDERA	829-821-7911	SI		SI														SI
031-0403755-5	PATRICIA YAMELL CEPEDA DE RODRIGUEZ	SUPERVISORA DE BARRIDO	829-207-4761	SI		SI		SI		si										SI
047-0101099-5	SEVERINA REYES COLLADO	BARRENDERA BRIGADA LABRADOR	829-248-6726	SI		SI														SI
402-2233247-6	WINSA SANTIAGO BAUTISTA	BARRENDERA	809-666-8281	SI		SI														SI
048-0058926-1	YNES ALTAGRACIA MARTINEZ	BARRENDERA BRIGADA LOS MANGOS	0	SI		SI														SI
001-1224638-4	ALBERTO SANTIAGO MORILLO CRUZ	SUP. BRIGADA ESPECIAL		SI		SI														SI
402-2186641-7	ALEXIS RAMON CUSTODIO JIMENEZ	SUPERVISOR DE BRIGADA		SI		SI														SI
048-0070135-3	ANTONIO GONZALEZ GONZALEZ	BRIGADA ESPECIAL		SI		SI		SI												SI
0480041770-3	BEATO NUÑEZ ROSARIO	BRIGADA URBANA	0	SI		SI		si		si										SI
048-0033414-8	BERNARDINO NUÑEZ	BRIGADA URBANA		SI		SI		SI												SI
048-0038527-2	BERNARDO ROBLE NUÑEZ	BRIGADA URBANA		SI		SI		SI		SI										SI
048-0005673-3	CIRILO SAVIÑON	JARDINERO		SI		SI														SI
048-0063468-7	DOMINGO FREDDY ARIAS SUSANA	BRIGADA URBANA		SI		SI														SI
0480032697-9	ELADIO ACOSTA LUNA	SUPERVISOR GENERAL		SI		SI														SI
048-0013820-0	FRANCISCO NOVA ABREU	BRIGADISTA		SI		SI														SI
402-1452292-8	JOAN ANGELES SANTIAGO	BRIGADA ESPECIAL		SI		SI														SI
048-0072079-1	JOVANNY GIL RESTITUYO	ENC. BRIGADA ESPECIAL	829-941-6294	SI		SI		si												SI
048-0033233-2	JUAN ESTEVEZ SANCHEZ	BRIGADA URBANA		SI		SI														SI
048-0060773-3	WILLIAM REYES LUCAS	BRIGADA ESPECIAL		SI		SI														SI
048-0079145-3	YSIDRO ALBERTO VASQUEZ	BRIGADA ESPECIAL		SI		SI		SI		si										SI
048-0033642-4	JUANA ADAMES DE LA CRUZ	CONSERJE		SI		SI		SI		SI										SI

ID: Identificador

CBC: Análisis completo de sangre

DT: difteria/tetanos

EGH: Examen General de Heces

SI

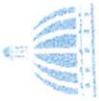
NO

H.A. Hipertension Arterial

Fecha de remisión (28/07/2022)


LICDA. LILLIANNA FERREIRA ORTEGA
 Enc. Unidad de Recursos Humanos





GOBIERNO DE LA
REPUBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE PARTICIPANTES ACTIVIDADES

DFP-FO-002 - Versión: 02
Fecha: 28/09/2020

DATOS GENERALES DE LA ACTIVIDAD

Actividad: *Operativo de Vacunación Contra el Dengue*

Unidad Responsable:

Comuna Bejuical, Ayuntamiento

Fecha: *27-06-22*

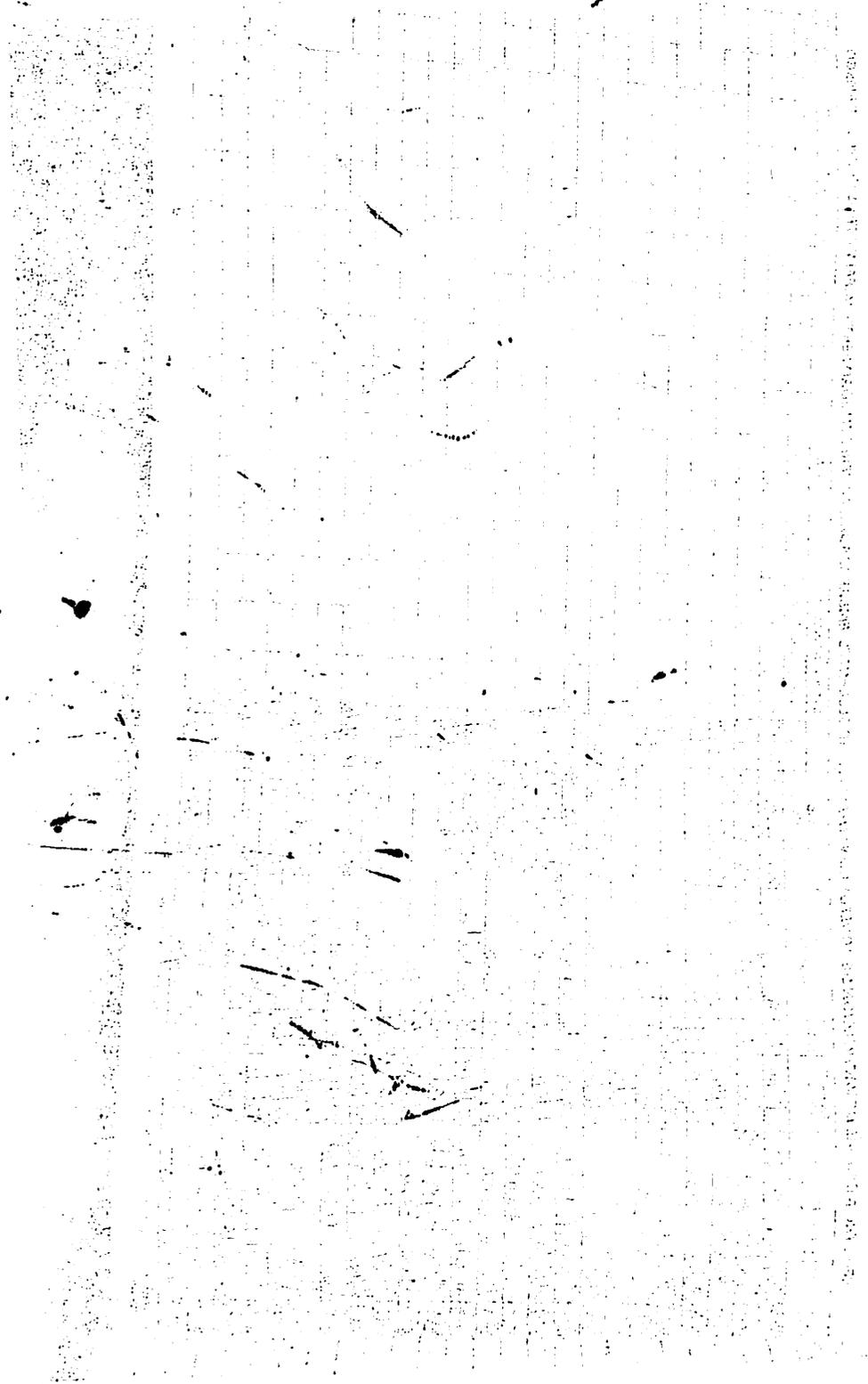
Hora: *9:30 a.m.*

Lugar:

DATOS DE LOS PARTICIPANTES

No	Nombre completo	Cedula	Teléfono	Firma
1	<i>Lindo Adolfo Beltré</i>	<i>048-0062828-8</i>	<i>829-499-6347</i>	<i>[Signature]</i>
2	<i>Fosseylys Mottus</i>	<i>402-087507-0</i>	<i>829-768-3390</i>	<i>[Signature]</i>
3	<i>Yajaira Sab H</i>	<i>0480102606-0</i>	<i>829-914-0617</i>	<i>[Signature]</i>
4	<i>Yajaira Sab H</i>	<i>0480063625-2</i>	<i>809 3776024</i>	<i>[Signature]</i>
5	<i>Liliana Ferreira</i>	<i>048-0092240-5</i>	<i>809-205-2180</i>	<i>[Signature]</i>
6	<i>Sistara Maresa</i>	<i>048-0072558-2</i>	<i>829-352-2414</i>	<i>[Signature]</i>
7	<i>Bethann Gue</i>	<i>001-0556770-5</i>	<i>829-531-3628</i>	<i>[Signature]</i>
8				
9				
10				





Map of the ...
Scale: 1:50,000
Date: ...

LIBRARY
UNIVERSITY OF ...

MUY IMPORTANTE
 Recuerda que:

- 1. Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en todos los puestos de vacunación públicos y privados.
- 2. Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
- 3. **Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
- 4. **Lleva la Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
- 5. **Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
- 6. **Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Más información: ☎ 809-549-6999 📱 📺 VacunateRD

¡Las vacunas protegen
 y salvan vidas!



Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel:

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
□ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □

Fecha de Nacimiento: 26/12/1959
 Cédula de Identidad No.: 035 - 0004385 - 0
 Nombre: Ysidro Antonio
 Apellido: Valerio
 Dirección: Cerro Grande
 Teléfono: 829-551-4067
 Establecimiento:

Pertenece a la ARS: _____ Número de Seguridad Social (NSS): _____

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas Dosis Fecha Lote Firmas/Sello Datos de Vacunación - Responsables

VPH (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			[Firma]	29/6/22
	2da. Dosis				
DT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis			[Firma]	29/6/22
	2da. Dosis				
	3era. Dosis				
	4ta. Dosis				
	5ta. Dosis				
Hepatitis B	1era. Dosis			[Firma]	29/6/22
	2da. Dosis				
	3ra. Dosis				
SRP/SR	Única			[Firma]	29/6/22
	Única				
Influenza Estacional	Única			[Firma]	29/6/22
	Única				
COVID-19	1era. Dosis			[Firma]	29/6/22
	2da. Dosis				
Tdap...	Única - 1er. Embarazo			[Firma]	29/6/22
	Única - 2do. Embarazo				
	Única - 3er. Embarazo				

(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

MUY IMPORTANTE
Recuerda que:

1. Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en todos los puestos de vacunación públicos y privados
2. Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
3. **Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
4. **Lleva la Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
5. **Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
6. **Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Códigos del Registro por Nivel

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
<input type="checkbox"/>				

Fecha de Nacimiento: **07-2-82**

Cédula de Identidad No.:

Nombre: **Patricia Yormell**

Apellido: **Cepeda**

Dirección: **Barrio La Luz**

Teléfono: **829-207-4761**

Establecimiento:

Pertenece a la ARS:

Número de Seguridad Social (NSS):

Más información:  **809-549-6999**   **VacunateRD**

¡Las vacunas protegen
 y salvan vidas!



Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

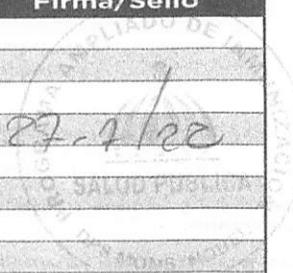
Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27-6-22	Cito	27-7/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo

(**) Dosis única en el año

(***) Solo si fuera necesario

(****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas



Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

MUY IMPORTANTE
Recuerda que:

1. Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en todos los puestos de vacunación públicos y privados
2. Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
3. **Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
4. **Lleva la Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
5. **Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
6. **Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Más información: ☎ 809-549-6999 📱 📺 VacunateRD

¡Las vacunas protegen
 y salvan vidas!



Códigos del Registro por Nivel

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
<input type="checkbox"/>				

Fecha de Nacimiento: *04 Mayo 1945*

Cédula de Identidad No.: *048-0033744-8*

Nombre: *Felipe*

Apellido: *Imario*

Dirección: *Junco*

Teléfono: *809-615-9268*

Establecimiento:

Pertenece a la ARS: _____ Número de Seguridad Social (NSS): _____

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis****			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/6/22	cita	
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/10/22	cto	27/14/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo

(**) Dosis única en el año

(***) Solo si fuera necesario

(****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis****			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/6/22	Cita	27/6/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/10/22	Cifo	27/2/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel:

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1094

Fecha de Nacimiento:

Cédula de Identidad No:

040-0002985-1

Nombre:

Francisce

Apellido:

Ronito Hernandez

Dirección:

Hatue

Teléfono:

829-7473-000

Establecimiento:

Pertenece a la ARS:

Número de Seguridad Social (NSS):

MUY IMPORTANTE
Recuerda que:

- Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en todos los puestos de vacunación públicos y privados
- Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
- **Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
- **Lleva la Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
- **Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
- **Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Más información:  809-549-6999   **VacunateRD**

¡Las vacunas protegen
 y salvan vidas!



Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/6/22	cala	27/6/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo

(**) Dosis única en el año

(***) Solo si fuera necesario

(****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/6/22	Cito	27/6/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

*) Contraindicada en embarazo

**) Dosis única en el año

***) Solo si fuera necesario

****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis**			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/6/22	Cilo	27/6/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

MUY IMPORTANTE
 Recuerda que:

- Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en todos los puestos de vacunación públicos y privados
- Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
- Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
- Lleva la Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
- Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
- Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Para más información:  809-549-6999   **VacunateRD**

¡Las vacunas protegen
 y salvan vidas!



Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel:

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
□ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □

Fecha de Nacimiento: 27/2/1976

Cédula de Identidad No.: 046-0062335-9

Nombre: Victor

Apellido: Suarez de la Cruz

Dirección: San Isidro

Teléfono: 829-291-7498

Establecimiento: _____

Pertenece a la ARS: _____ Número de Seguridad Social (NSS): _____

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	22/6/22	CJA	27/7/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

MUY IMPORTANTE
 Recuerda que:

1. Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en todos los puestos de vacunación públicos y privados.
2. Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
3. **Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
4. **Lleva la Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
5. **Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
6. **Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Más información:  809-549-6999   [VacunateRD](#)

¡Las vacunas protegen
 y salvan vidas!



Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fecha de Nacimiento: 23/4/39

Cédula de Identidad No.: 048-0032905-0

Nombre: Jorge Adrián

Apellido: Suriel

Dirección: Junco

Teléfono: 849-212-9055

Establecimiento: _____

Pertenece a la ARS: _____ Número de Seguridad Social (NSS): _____

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
HPV (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis****	27/6/22	Cita	27/7/22
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/6/22	Citor	27/6/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo

(**) Dosis única en el año

(***) Solo si fuera necesario

(****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

MUY IMPORTANTE
 Recuerda que:

- 1. Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en todos los puestos de vacunación públicos y privados.
- 2. Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
- 3. **Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
- 4. **Llévate la Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
- 5. **Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
- 6. **Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Más información:  809-549-6999   VacunateRD

¡Las vacunas protegen
 y salvan vidas!



Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fecha de Nacimiento: 31/5/1948

Cédula de Identidad No.: 048-0041527-7

Nombre: Ramon

Apellido: Balbuena Alberto Vazquez

Dirección: Marino Gomez

Teléfono: 829-548-7890

Establecimiento: _____

Pertenece a la ARS: _____ Número de Seguridad Social (NSS): _____

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/6/22	Cito	27/7/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo

(**) Dosis única en el año

(***) Solo si fuera necesario

(****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

MUY IMPORTANTE
Recuerda que:

Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel

Provincia:	Municipal:	Establecimiento:	Libro PAI:	Orden PAI:
□ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □
				7053

Fecha de Nacimiento: **15 Agosto 1950**
 Cédula de Identidad No.: **048-0051782-5**
 Nombre: **Atanés**
 Apellido: **Rosario Cruzman**
 Dirección: **Jimca**
 Teléfono: **829-978-7338**
 Establecimiento:

Pertenece a la ARS: _____ Número de Seguridad Social (NSS): _____

Más información: ☎ 809-549-6999   **VacunaterD**

¡Las vacunas protegen
 y salvan vidas!



Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis**	27/6/22	Cito	27/7/22
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

MUY IMPORTANTE
 Recuerda que:

1. Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en todos los puestos de vacunación públicos y privados
2. Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
3. **Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
4. **Lleva la Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
5. **Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
6. **Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
□□	□□□□	□□□□	□□	□□□□

Fecha de Nacimiento:

14/7/1980

Cédula de Identidad No.:

048-0070135-3

Nombre:

Antonia

Apellido:

Gonzalez Gonzalez

Dirección:

Cand Grande

Teléfono:

Establecimiento:

Pertenece a la ARS:

Número de Seguridad Social (NSS):

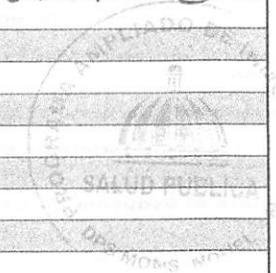
Más Información: ☎ 809-549-6999 | f | VacunateRD

¡Las vacunas protegen
 y salvan vidas!



Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/6/22	citor	27/6/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			



(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

MUY IMPORTANTE
 Recuerda que:

- Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en los puestos de vacunación públicos y privados.
- Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
- Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
- Lleva la **Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
- Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
- Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Para más información:  809-549-6999   VacunateRD

**¡Las vacunas protegen
 y salvan vidas!**



Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Origen PAI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fecha de Nacimiento: 25/Abril 1973

Cédula de Identidad No.: 048-0034222-4

Nombre: Mario Jose

Apellido: Cepeda Cruz

Dirección: Son Viejo

Teléfono: _____

Establecimiento: _____

Pertenece a la ARS: _____ Número de Seguridad Social (NSS): _____

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

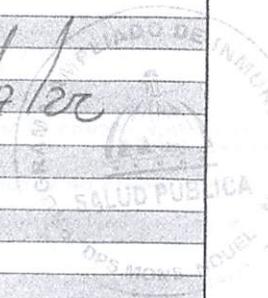
Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/6/22	Cita	27/7/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo

(**) Dosis única en el año

(***) Solo si fuera necesario

(****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas



MUY IMPORTANTE
 Recuerda que:

1. Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en todos los puestos de vacunación públicos y privados
2. Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
3. **Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
4. **Lleva la Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
5. **Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
6. **Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Más información: ☎ 809-549-6999 📱 📺 VacunateRD

¡Las vacunas protegen
 y salvan vidas!



Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Fecha de Nacimiento: **10/6/1959**

Cédula de Identidad No.: **048-0033414-8**

Nombre: **Bernardino**

Apellido: **Núñez**

Dirección: **Pino de Juncos**

Teléfono: **849-362-2966**

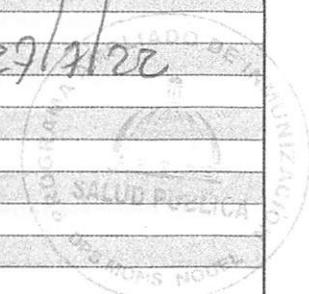
Establecimiento:

Pertenece a la ARS.

Número de Seguridad Social (NSS):

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis****			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/6/22	Cita	27/6/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			



(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

MUY IMPORTANTE
 Recuerda que:

- Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en todos los puestos de vacunación públicos y privados.
- Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
- Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
- Lleva la Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
- Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
- Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Para más información: ☎ 809-549-6999 📱 📺 VacunateRD

¡Las vacunas protegen
 y salvan vidas!



Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fecha de Nacimiento: 10/12/1943

Cédula de Identidad No.: 048-0032506-2

Nombre: Montijn Antonio

Apellido: Nunez Rosa

Dirección: La Cercada

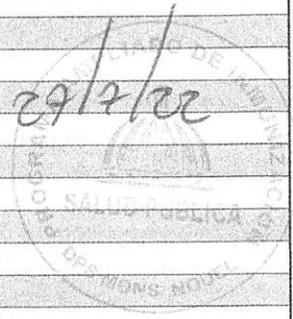
Teléfono: 809-296-1045

Establecimiento:

Pertenece a la ARS: _____ Número de Seguridad Social (NSS): _____

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
DT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/6/22	Cilo	27/7/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			



*) Contraindicada en embarazo
 **) Dosis única en el año
 ***) Solo si fuera necesario
 ****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

MUY IMPORTANTE
 Recuerda que:

Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Fecha de Nacimiento:

15/5/1952

Cédula de Identidad No.:

048-0079145-3

Nombre:

Ysidro

Apellido:

Alberto Varela

Dirección:

Bezical

Teléfono:

809-667-1917

Establecimiento:

Pertenece a la ARS:

Número de Seguridad Social (NSS):

Más información: ☎ 809-549-6999 📱 📺 VacunateRD

¡Las vacunas protegen
 y salvan vidas!



Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis****	27/6/22	ata	27/6/22
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/6/22	Cito	27/9/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

MUY IMPORTANTE
Recuerda que:

1. Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en todos los puestos de vacunación públicos y privados
2. Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
3. **Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
4. **Lleva la Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
5. **Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
6. **Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Más información: ☎ 809-549-6999   VacunaterD

¡Las vacunas protegen
y salvan vidas!



Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel:

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
□□	□□□□	□□□□	□□	□□□□
				0052

Fecha de Nacimiento: *31 Agosto 1942*

Cédula de Identidad No.: *048-0035028-0*

Nombre: *Ramon Antonio Monte*

Apellido: *Monte*

Dirección: *Monte en Bayucah*

Teléfono: *829-3517237*

Establecimiento:

Pertenece a la ARS: _____ Número de Seguridad Social (NSS): _____

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/6/22	Cita	27/7/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

MUY IMPORTANTE
 Recuerda que:

- Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en los puestos de vacunación públicos y privados
- Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
- Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
- Lleva la Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
- Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
- Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Para más información: ☎ 809-549-6999   VacunateRD

¡Las vacunas protegen
 y salvan vidas!



Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
□ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □

Fecha de Nacimiento: *15 octubre 1984*

Cédula de Identidad No.: *048-0096444-9*

Nombre: *Franklin*

Apellido: *Ruelle Gonzalez*

Dirección: *San Isidro*

Teléfono: *809-490-9069*

Establecimiento:

Pertenece a la ARS:

Número de Seguridad Social (NSS):

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis****			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/6/22	cta	27/7/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR†	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo

(**) Dosis única en el año

(***) Solo si fuera necesario

(****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

MUY IMPORTANTE
 Recuerda que:

Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fecha de Nacimiento:

13/ octubre 1953

Cédula de Identidad No.

048-0041631-7

Nombre:

Eduardo

Apellido:

Fernandez Desj

Dirección:

C/ Duarte

Teléfono:

829-680-3302

Establecimiento:

Pertenece a la ARS:

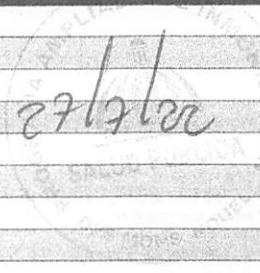
Número de Seguridad Social (NSS):

Más información:  809-549-6999   VacunateRD

¡Las vacunas protegen
 y salvan vidas!



Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis**			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/10/20	Cita	
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

MUY IMPORTANTE
 Recuerda que:

1. Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en todos los puestos de vacunación públicos y privados.
2. Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
3. **Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
4. **Lleva la Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
5. **Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
6. **Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Más información:  809-549-6999   VacunateRD

¡Las vacunas protegen
 y salvan vidas!



Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Fecha de Nacimiento: 9/6/1963

Cédula de Identidad No.: 048-0047618-8

Nombre: Rafael Antonio

Apellido: Casado Alberto

Dirección: Junco

Teléfono: _____

Establecimiento: _____

Pertenece a la ARS: _____ Número de Seguridad Social (NSS): _____

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarzadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis****	27-6-22	Cita	27-7/22
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

MUY IMPORTANTE
 Recuerda que:

1. Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en todos los puestos de vacunación públicos y privados
2. Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
3. **Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
4. **Lleva la Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
5. **Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
6. **Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel:

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
<input type="checkbox"/>				

Fecha de Nacimiento: **7/3/1973**

Cédula de Identidad No.: **048-0051527-4**

Nombre: **Victor**

Apellido: **Dias**

Dirección: **Juma**

Teléfono: **829-351-2398**

Establecimiento:

Pertenece a la ARS: Número de Seguridad Social (↑)

Más información:  **809-549-6999**   **VacunateRD**

¡Las vacunas protegen
 y salvan vidas!



Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis ^{***}			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/01/22	Cita	27/01/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR [†]	Única			
Influenza Estacional ^{**}	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap ^{****}	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

MUY IMPORTANTE
Recuerda que:

1. Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en todos los puestos de vacunación públicos y privados
2. Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
3. **Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
4. **Lleva la Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
5. **Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
6. **Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Más Información: ☎ 809-549-6999 📱 📷 VacunaterD

¡Las vacunas protegen
y salvan vidas!



Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel:

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fecha de Nacimiento: **28/01/88**

Cédula de Identidad No.: **402-3463573-4**

Nombre: **Ronald. Mantus**

Apellido: **Martínez Santos**

Dirección: **Imor**

Teléfono:

Establecimiento:

Pertenece a la ARS:

Número de Seguridad Social (NSS):

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/6/22	ata	27/6/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

MUY IMPORTANTE
Recuerda que:

- 1. Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son gratis en todos los puestos de vacunación públicos y privados
2. Hay puestos de vacunación en todo el territorio nacional.
3. Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.
4. Lleva la Tarjeta de Vacunación a cada visita con el médico.
5. Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación. Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
6. Completa el Esquema de cada vacuna para garantizar la protección.

Más información: 809-549-6999 VacunateRD

¡Las vacunas protegen y salvan vidas!



Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel:

Grid of checkboxes for registration levels: Provincial, Municipal, Establecimiento, Libro PAI, Orden PAI.

Registration form fields: Fecha de Nacimiento (7/5/64), Cédula de Identidad No. (048-0033042-4), Nombre (Jugna), Apellido (Adames), Dirección (Juma), Teléfono (829-632-4075), Establecimiento, Pertenece a la ARS, Número de Seguridad Social (NSS).

Vacunas	Dosis	Fecha	Lote	Finis
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***	27/6/22	Cita	27-7-22
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

MUY IMPORTANTE
Recuerda que:

1. Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en todos los puestos de vacunación públicos y privados.
2. Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
3. **Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
4. **Lleva la Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
5. **Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
6. **Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Más Información: ☎ 809-549-6999 📱 📺 VacunateRD

¡Las vacunas protegen
y salvan vidas!



Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel

Provincial:	Municipal:	Establecimiento:	Libro PAI:	Orden PAI:
<input type="checkbox"/>				

Fecha de Nacimiento: **6/6/94**

Cédula de Identidad No.: **048-0111303-8**

Nombre: **Yohannis**

Apellido: **Hespiñol García**

Dirección: **Suma**

Teléfono: **829-805-7885**

Establecimiento:

Pertenece a la ARS: Número de Seguridad Social (NS)

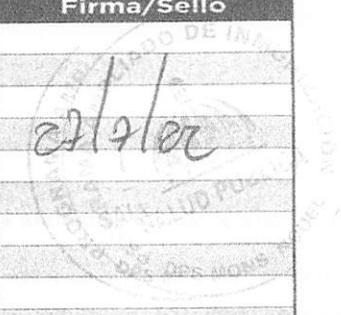
Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis	27-6-22	Cito	27/7/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis****			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/01/22	Cito	27/01/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ra. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			



(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/6/22	cto	27/7/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo

(**) Dosis única en el año

(***) Solo si fuera necesario

(****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

#VacunateRD

MUY IMPORTANTE
 Recuerda que:

1. Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en todos los puestos de vacunación públicos y privados.
2. Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
3. **Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
4. **Lleva la Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
5. **Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
6. **Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Más Información: ☎ 809-549-6999   **VacunateRD**

¡Las vacunas protegen
 y salvan vidas!



Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel:

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Fecha de Nacimiento: **11/01/82**

Cédula de Identidad No: _____

Nombre: **Alexi**

Apellido: **Linarez**

Dirección: **San Isidro**

Teléfono: **809-252-4649**

Establecimiento: _____

Pertenece a la ARS: _____

Número de Seguridad Social (NSS): _____

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis****	27/6/22	Cita	27/6/22
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

MUY IMPORTANTE
 Recuerda que:

- Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en todos los puestos de vacunación públicos y privados.
- Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
- Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
- Lleva la Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
- Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
- Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Para más información: ☎ 809-549-6999 | 📱 📺 VacunateRD

¡Las vacunas protegen y salvan vidas!



Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Fecha de Nacimiento: **29/8/90**

Cédula de Identidad No.:

Nombre: **Raul Esteban**

Apellido: **Comacho**

Dirección: **Ciudad Rey**

Teléfono: **849-638-7379**

Establecimiento:

Pertenece a la ARS:

Número de Seguridad Social (NSS):

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/8/22	cito	27/8/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

- (*) Contraindicada en embarazo
 (**) Dosis única en el año
 (***) Solo si fuera necesario
 (****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas

MUY IMPORTANTE
 Recuerda que:

1. Las vacunas del Ministerio de Salud Pública son **gratis** en todos los puestos de vacunación públicos y privados
2. Hay puestos de vacunación **en todo el territorio nacional**.
3. **Vacúnate y vacuna tu familia en el puesto de vacunación más cercano.**
4. **Lleva la Tarjeta de Vacunación** a cada visita con el médico.
5. **Guarda bien esta Tarjeta de Vacunación.** Es necesario para saber cuáles vacunas y cuántas dosis has recibido.
6. **Completa el Esquema** de cada vacuna para garantizar la protección.

Más información:  809-549-6999   VacunateRD

**¡Las vacunas protegen
 y salvan vidas!**



Viceministerio de Salud Colectiva
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro para el Control de Vacunación
 de Adolescentes, Embarazadas y Adultos.

Códigos del Registro por Nivel

Provincial	Municipal	Establecimiento	Libro PAI	Orden PAI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fecha de Nacimiento: 20/08/71

Cédula de Identidad No.:

Nombre: Bernardo

Apellido: Robles Quinés

Dirección: San Isidro

Teléfono:

Establecimiento:

Pertenece a la ARS: Número de Seguridad Social (NSS):

Registro de Vacunación de Adolescentes, Embarazadas y Adultos

Vacunas	Dosis	Datos de Vacunación - Responsables		
		Fecha	Lote	Firma/Sello
VPH* (Virus del Papiloma Humano)	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3era. Dosis***			
dT (Difteria/Tétanos)	1era. Dosis	27/6/22	pta	27/6/22
	2da. Dosis			
	3era. Dosis			
	4ta. Dosis			
	5ta. Dosis			
	6ta. Dosis			
Hepatitis B	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
	3ra. Dosis			
SRP/SR*	Única			
Influenza Estacional**	Única			
COVID-19	1era. Dosis			
	2da. Dosis			
Tdap****	Única - 1er. Embarazo			
	Única - 2do. Embarazo			
	Única - 3er. Embarazo			

(*) Contraindicada en embarazo

(**) Dosis única en el año

(***) Solo si fuera necesario

(****) Dosis única por embarazo a partir de las 27 semanas



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE PARTICIPANTES ACTIVIDADES

DPI-FO-002 - Versión 02

Fecha: 28/09/2020



"DATOS GENERALES DE LA ACTIVIDAD"

Actividad: *Jornada de Pd hipertension arterial*

Unidad Responsable: *Direccion Provincial de Salud*

Lugar: *Ayuntamiento municipal Juma-Bejucal* Fecha: *26/5/22*

Hora:

DATOS DE LOS PARTICIPANTES

No	Nombre completo	Cargo	Institucion	Teléfono	Firma
1	<i>Dineyda Tejada</i>	<i>Coord. de Salud de Familia</i>	<i>DPS Mons Real</i>	<i>829 731-6910 849</i>	<i>Dineyda Tejada</i>
2	<i>Mauri Eusebio Ben</i>	<i>promotor</i>	<i>DPS Mosonap</i>	<i>390-8827</i>	<i>Mauri Eusebio Ben</i>
3	<i>Raisa Torres</i>	<i>auxiliar</i>	<i>DPS Mons real</i>	<i>829 768 8270 300</i>	<i>Raisa Torres</i>
4	<i>Josdoni Colon M.</i>	<i>Medico general (Coord)</i>	<i>DPS Mons real</i>	<i>288-3348</i>	<i>J. Colon</i>
5	<i>Jennifer Guillén L.</i>	<i>Aux. Contabilidad</i>	<i>DPS M/V</i>	<i>849-853-4510</i>	<i>Jennifer Guillén</i>
6	<i>Stephy Peris macedo</i>	<i>Medico comul</i>	<i>Dps mms real</i>	<i>8097185570</i>	<i>Stephy Peris</i>
7					
8					



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE PARTICIPANTES ACTIVIDADES

DPI-FO-002 - Versión: 02

Fecha: 28/09/2020



"DATOS GENERALES DE LA ACTIVIDAD"

Actividad: *Tornado de hipertension arterial*
 Unidad Responsable: *Direccion Provincial de salud monseñor novel*
 Lugar: *Ayuntamiento municipal Juma - Bejucal* Fecha: *26/5/22* Hora:

DATOS DE LOS PARTICIPANTES

No	Nombre completo	Cargo	Institucion	Teléfono	Firma
1	<i>Raffy E. Minayo E.</i>	<i>Tec de Monitoreo</i>	<i>DPS. MONSNOVEL</i>	<i>248-1757</i>	<i>Raffy Minayo</i>
2	<i>M. F. ...</i>	<i>ENG. PROG. VIH</i>	<i>DPS. MONS. NOVEL</i>	<i>517-5192</i>	<i>M. F. ...</i>
3	<i>Luz Maria Salix</i>	<i>tec Igualdad de G.</i>	<i>DPS. MONS. NOVEL</i>	<i>809-678-0507</i>	<i>Luz Maria</i>
4	<i>José Luis Ortiz</i>	<i>MEDICO</i>	<i>DPS.</i>	<i>8294994300</i>	<i>José Luis</i>
5	<i>Adolfo O. Beltré</i>	<i>super. de Salud</i>	<i>D.P.S</i>	<i>(829) 499-6377</i>	<i>Adolfo</i>
6	<i>Niueka Ovando</i>	<i>Digitadora</i>	<i>Dps mons. novel</i>	<i>809 631-6458</i>	<i>Niueka Ovando</i>
7	<i>Amel ...</i>	<i>Oficial de Id. A.</i>	<i>DPS mons novel</i>	<i>829 6186203</i>	<i>Amel ...</i>
8	<i>Felicia Lopez</i>	<i>Operacionalista</i>	<i>DPS. MONS NOVEL</i>	<i>809 757 028</i>	<i>Felicia Lopez</i>



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE PARTICIPANTES ACTIVIDADES

DPI-FO-002 – Versión

Fecha: 28/05



“DATOS GENERALES DE LA ACTIVIDAD”

Actividad: *Tornado de hipertension arterial*
 Unidad Responsable: *Dirección Provincial de Salud*
 Lugar: *Asentamiento municipal Juma - Bonaire* Fecha: *26/5/22* Hora:

DATOS DE LOS PARTICIPANTES

No	Nombre completo	Cargo	Institucion	Teléfono	Firma
1	<i>Laura Polanco S</i>	<i>Sup. adm.</i>	<i>DPS</i>	<i>829 703-1449</i>	<i>Laura S.P.S.</i>
2	<i>Guillermo Sans</i>	<i>Asesor de ST</i>	<i>DPS</i>	<i>704921731</i>	<i>Guillermo</i>
3	<i>Jose Elias Felix R</i>	<i>Inspector salud</i>	<i>D.P.S.</i>	<i>829 695-3842</i>	<i>Jose Felix</i>
4	<i>Jose Ramon Nunez P.</i>	<i>Inspector de Salud</i>	<i>D.P.S. Morro Nona</i>	<i>829 546-9470</i>	<i>[Signature]</i>
5	<i>Freddy Antoin O</i>	<i>Permitidos</i>	<i>DPS</i>	<i>809-7569857</i>	<i>[Signature]</i>
6	<i>Maria Alt. Casado Rosario</i>	<i>Analista de RBHH</i>	<i>DPS</i>	<i>829-97-7218</i>	<i>Maria Casado</i>
7	<i>Yojanis Salas H</i>	<i>Enfermera</i>	<i>D.P.S.</i>	<i>829-914-0617</i>	<i>Yojanis</i>
8	<i>Dibris M Espinal</i>	<i>Sup Prov. de Salud</i>	<i>DPS Morro Nona</i>	<i>829-282966</i>	<i>Dibris</i>



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Maria Ivélisse Mateo

Firma del participante (o tutor): maria Ivelisse mateo

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada

Fecha: 26/5/22 Lugar de la Jornada: _____

Provincia: Monseñor navel

DPS/DAS: D.P.S

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: _____

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: _____

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Agustín

Firma del participante (o tutor): [Firma]

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada.

Fecha: 26-5-2022 Lugar de la Jornada: Centro de docencia, San

Provincia: Monseñor Nayib Bonó

DPS/DAS: Monseñor Nayib Bonó

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: Felicio J. P.

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: [Firma]



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Antonio A de Jesús

Firma del participante (o tutor): ASD

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada.

Fecha: 26 Lugar de la Jornada: _____

Provincia: Martínez

DPS/DAS: _____

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: Laura Polanco

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: _____



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Ramon A. Martes

Firma del participante (o tutor): Ramon A. Martes

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la jornada.

Fecha: 26-05-22 Lugar de la Jornada: _____

Provincia: _____

DPS/DAS: _____

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: Maria Elena P.

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: _____



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Elsa Amado Feliz

Firma del participante (o tutor): X Elsa A. Feliz

~~Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la jornada.~~

Fecha: 26/5/22 Lugar de la Jornada: _____

Provincia: Monseñor Nouel

DPS/DAS: D.P.S

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: _____

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: _____



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Antonio Sanchez Suarez

Firma del participante (o tutor): ANTONIO SANCHEZ

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada.

Fecha: 26/5/22 Lugar de la Jornada: Aguntamiento de Jura

Provincia: Montaña Real

DPS/DAS: _____

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: Amelty Mercedes

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: _____



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Morlon De Jesus Bautista Alberto

Firma del participante (o tutor): Morlon De Jesus

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada.

Fecha: 26/5/21 Lugar de la Jornada: Ayuntamiento de Juma.

Provincia: Monte Plata

DPS/DAS: _____

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: Anel Eyzarraz

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: _____



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Juan René

Firma del participante (o tutor): [Firma]

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada.

Fecha: 26/5/22 Lugar de la Jornada: Ayuntamiento Juma

Provincia: Monsieur

DPS/DAS: DPS

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: Raissa Gons

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: _____

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

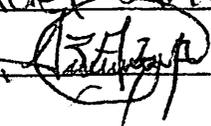
El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Rafael Antonio Carado Alberto

Firma del participante (o tutor): 

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada.

Fecha: 26/5/21 Lugar de la Jornada: Municipio de Juma

Provincia: monseñor Noel

DPS/DAS: _____

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: Amely Nieves Diaz

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: _____



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Franklin Puerto

Firma del participante (o tutor): Franklin Puerto

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada:

Fecha: 26/5/22 Lugar de la Jornada: Ayuntamiento Juncos

Provincia: Monsieur L'Espérance

DPS/DAS: DPS

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: Raissa Faves

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: _____



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Isidro Alberto

Firma del participante (o tutor): [Signature]

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada.

Fecha: 26-05-22 Lugar de la Jornada: Ayuntamiento Boca Jona

Provincia: _____

DPS/DAS: _____

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: Muñoz CV.

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: _____



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Eugenio S. Pimentel

Firma del participante (o tutor): X + X

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada.

Fecha: 26-05-22 Lugar de la Jornada: Ayuntamiento Boca Chica

Provincia: _____

DPS/DAS: _____

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: Nirleto O.V.

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: _____



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Benardo Robles Nuñez

Firma del participante (o tutor): Benardo

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada.

Fecha: 26-05-22 Lugar de la Jornada: _____

Provincia: Mons. Noel

DPS/DAS: DPS

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: Maria Casado Rosario

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: Marie Casado



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Marino L. Ruiz

Firma del participante (o tutor): MARINO

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada.

Fecha: 26-05-22 Lugar de la Jornada: _____

Provincia: _____

DPS/DAS: _____

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: Yolanda Eusebio P.

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: _____



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Victor Ornes

Firma del participante (o tutor): Victor Ornes

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada.

Fecha: 26/5/22 Lugar de la Jornada: Comunidades Juveniles

Provincia: _____

DPS/DAS: _____

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: Raisa Torres

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: _____



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Patricia Cepeda

Firma del participante (o tutor): [Firma]

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada.

Fecha: 26-05-22 Lugar de la Jornada: Ayuntamiento de Juncal

Provincia: monseñor noel

DPS/DAS: DPS

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: Robby Minayo

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: Robby Minayo



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Román Buena-Ventura Frios.

Firma del participante (o tutor): _____

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada.

Fecha: 26/5/22 Lugar de la Jornada: Ayuntamiento Juala

Provincia: Monseñor Nouel

DPS/DAS: O.P.S.

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: _____

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: _____



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: _____

Jose Luis Rodriguez

Firma del participante (o tutor): _____

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada.

Fecha: 26/5/22

Lugar de la Jornada: _____

Ayuntamiento Juan

Provincia: _____

Monsieur

DPS/DAS: _____

APS

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: _____

Raisa Luis

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: _____



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: _____

Firma del participante (o tutor): _____

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada.

Fecha: 26-05-22

Lugar de la Jornada: _____

Provincia: _____

DPS/DAS: _____

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: _____

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: _____

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Beato Nuñez Rosario

Firma del participante (o tutor): X J X

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada.

Fecha: 26-05 Lugar de la Jornada: _____

Provincia: Mon. Navel

DPS/DAS: DPS

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: María Casado

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: María Casado



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Alberto Santiago Morillo Cruz

Firma del participante (o tutor): [Firma]

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada.

Fecha: _____ Lugar de la Jornada: _____

Provincia: _____

DPS/DAS: _____

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: _____

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: _____



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Emiliano Morte

Firma del participante (o tutor): —

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada.

Fecha: 26-5-2020 Lugar de la Jornada: Centro de distrito, Loma

Provincia: Monsieur Noel Bonao

DPS/DAS: Monsieur Noel

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: Florencia Lopez

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: [Firma]

2DA JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS

El propósito de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial es determinar los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en adultos de la República Dominicana, con la finalidad de prevenir el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y medir su presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, circunferencia del abdomen, estatura, peso y una prueba para COVID-19 (si aplica).

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Yafressi Espinal Garcia

Firma del participante (o tutor): Ya Fressi

Los siguientes datos serán completados por el personal que trabaja en la Jornada.

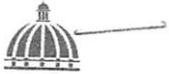
Fecha: _____ Lugar de la Jornada: Ayuntamiento Jaina

Provincia: _____

DPS/DAS: _____

Nombre del personal que trabaja en la Jornada: Raisa Torres

Firma de la persona que trabaja en la Jornada: _____



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

Código: _____

Fecha de la tipificación: 10-12-2021

FORMULARIO DE GRUPO SANGUÍNEO

Jornada Nacional de Tipificación Sanguínea

Información personal

Nombre y Apellido	<u>Antonio Sanchez Suarez</u>	Sexo	<u>m</u>
Fecha de nacimiento	<u>20-10-1961</u>	Edad	<u>60</u>
Documento de identidad	<u>048-0080467-8</u>	Nacionalidad	<u>Dominicano</u>
Grupo sanguíneo	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input checked="" type="checkbox"/> O	Factor Rh	<input checked="" type="checkbox"/> Positivo (+) <input type="checkbox"/> Negativo (-)

Información de contacto

Correo electrónico	<u>-</u>		
Teléfono residencial	<u>-</u>		
Provincia	<u>Monseñor Nouel</u>	Teléfono celular	<u>829-7830-36</u>
Dirección de residencia	<u>Rancho Nuevo # 44</u>	Municipio	<u>Bonao</u>
Contacto de emergencia	<u>-</u>		

Declaración de Consentimiento Informado

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Antonio Sanchez Suarez

- 1- ¿Usted conoce cuál es su tipo de sangre (o el de su familiar)?
 Sí No
- 2- ¿Acepta usted que le realicemos (o a su familiar) la prueba de Tipificación Sanguínea?
 Sí No
- 3- ¿Autoriza que sus datos (o los de su familiar) solicitados en el Formulario de Grupo Sanguíneo, sean recolectados por el Ministerio de Salud Pública para registrar su tipo de sangre?
 Sí No

Firma del participante (o familiar): X ANTONIO SANCHEZ

Los siguientes datos serán completados por la persona que realiza la prueba de tipificación.

Fecha: 10/12/21 Lugar de la prueba: Ayuntamiento De Juma
 Provincia: Monseñor Nouel
 Nombre de la persona que realiza la prueba: Maria Juan Lineros
 Firma de la persona que realiza la prueba: [Signature]



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

Código: _____

Fecha de la tipificación: 10-12-2021

FORMULARIO DE GRUPO SANGUÍNEO

Jornada Nacional de Tipificación Sanguínea

Información personal			
Nombre y Apellido	<u>Leonidas Fernandez</u>	Sexo	<u>M</u>
Fecha de nacimiento	<u>11-08-1966</u>	Edad	<u>59</u>
Documento de identidad	<u>Dominicano</u>	Nacionalidad	<u>Dominicano</u>
Grupo sanguíneo	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	Factor Rh	<input checked="" type="checkbox"/> Positivo (+) <input type="checkbox"/> Negativo (-)
Información de contacto			
Correo electrónico	<u>-</u>		
Teléfono residencial	<u>-</u>	Teléfono celular	<u>829-214-0288</u>
Provincia	<u>Mons. Novel</u>	Municipio	<u>Bonao</u>
Dirección de residencia	<u>Genesis</u>		
Contacto de emergencia	<u>-</u>		

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Leonidas Fernandez

1- ¿Usted conoce cuál es su tipo de sangre (o el de su familiar)?

Sí No

2- ¿Acepta usted que le realicemos (o a su familiar) la prueba de Tipificación Sanguínea?

Sí No

3- ¿Autoriza que sus datos (o los de su familiar) solicitados en el Formulario de Grupo Sanguíneo, sean recolectados por el Ministerio de Salud Pública para registrar su tipo de sangre?

Sí No

Firma del participante (o familiar): Leonidas Fernandez

Los siguientes datos serán completados por la persona que realiza la prueba de tipificación.

Fecha: 10/12/21 Lugar de la prueba: Ayuntamiento Juma

Provincia: Mons. Novel

Nombre de la persona que realiza la prueba: María Lilian Linares

Firma de la persona que realiza la prueba: [Firma]



FORMULARIO DE GRUPO SANGUÍNEO

Jornada Nacional de Tipificación Sanguínea

Información personal			
Nombre y Apellido	Santo Felix medina Agrosuiva	Sexo	M
Fecha de nacimiento	06-10-1964	Edad	57
Documento de identidad	048-0057080-8	Nacionalidad	Dominicano
Grupo sanguíneo	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input checked="" type="checkbox"/> O	Factor Rh	<input checked="" type="checkbox"/> Positivo (+) <input type="checkbox"/> Negativo (-)
Información de contacto			
Correo electrónico	-		
Teléfono residencial	-	Teléfono celular	849-207-9889
Provincia	Monseñor Nouel	Municipio	Bonao
Dirección de residencia	CASA PRINCIPAL		
Contacto de emergencia	-		

Declaración de Consentimiento Informado

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Santo Felix

- 1- ¿Usted conoce cuál es su tipo de sangre (o el de su familiar)?
 Sí No
- 2- ¿Acepta usted que le realicemos (o a su familiar) la prueba de Tipificación Sanguínea?
 Sí No
- 3- ¿Autoriza que sus datos (o los de su familiar) solicitados en el Formulario de Grupo Sanguíneo, sean recolectados por el Ministerio de Salud Pública para registrar su tipo de sangre?
 Sí No

Firma del participante (o familiar): RAUTOFELI

Los siguientes datos serán completados por la persona que realiza la prueba de tipificación.

Fecha: 10/12/21 Lugar de la prueba: Ayuntamiento de Toma

Provincia: Mons. Nouel

Nombre de la persona que realiza la prueba: Juan Linares

Firma de la persona que realiza la prueba: [Firma]

¹ MedlinePlus. Determinación del grupo sanguíneo. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003345.htm>



FORMULARIO DE GRUPO SANGUÍNEO

Jornada Nacional de Tipificación Sanguínea

Información personal

Nombre y Apellido	Juan F. J. Joveros M.	Sexo	M.
Fecha de nacimiento	08- febrero- 1963	Edad	58
Documento de identidad	001-1703513-9	Nacionalidad	Dominicano
Grupo sanguíneo	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input checked="" type="checkbox"/> O	Factor Rh	<input type="checkbox"/> Positivo (+) <input type="checkbox"/> Negativo (-)

Información de contacto

Correo electrónico	-		
Teléfono residencial	-		
Provincia	M. D.	Teléfono celular	829 362-9909
Dirección de residencia	zona, Los Armitarios	Municipio	Bonao
Contacto de emergencia	849-250-4048		

Declaración de Consentimiento informado (para completar los datos)

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Juan Francisco Javier Joveros Madera

1- ¿Usted conoce cuál es su tipo de sangre (o el de su familiar)?

Sí No

2- ¿Acepta usted que le realicemos (o a su familiar) la prueba de Tipificación Sanguínea?

Sí No

3- ¿Autoriza que sus datos (o los de su familiar) solicitados en el Formulario de Grupo Sanguíneo, sean recolectados por el Ministerio de Salud Pública para registrar su tipo de sangre?

Sí No

Firma del participante (o familiar): JUAN F. J.

Los siguientes datos serán completados por la persona que realiza la prueba de tipificación.

Fecha: 10-12-2021 Lugar de la prueba: Ayuntamiento de Joma

Provincia: Monsenor Nouel

Nombre de la persona que realiza la prueba: Doreida E. Cabrera S.

Firma de la persona que realiza la prueba: [Firma]



FORMULARIO DE GRUPO SANGUÍNEO
Jornada Nacional de Tipificación Sanguínea

Información personal			
Nombre y Apellido	Yudelka Brito De O.	Sexo	F
Fecha de nacimiento	11-11-1988	Edad	33
Documento de identidad	048-0104103-1	Nacionalidad	Dominicana
Grupo sanguíneo	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	Factor Rh	<input checked="" type="checkbox"/> Positivo (+) <input type="checkbox"/> Negativo (-)
Información de contacto			
Correo electrónico	-		
Teléfono residencial	-		
	Teléfono celular	829 425-2505	
Provincia	M.N.	Municipio	Bonao
Dirección de residencia	San Isidro, Juma.		
Contacto de emergencia	809 229 6430		

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Yudelka Brito De Odriozola

1- ¿Usted conoce cuál es su tipo de sangre (o el de su familiar)?

Sí No

2- ¿Acepta usted que le realicemos (o a su familiar) la prueba de Tipificación Sanguínea?

Sí No

3- ¿Autoriza que sus datos (o los de su familiar) solicitados en el Formulario de Grupo Sanguíneo, sean recolectados por el Ministerio de Salud Pública para registrar su tipo de sangre?

Sí No

Firma del participante (o familiar): Yudelka Brito

Los siguientes datos serán completados por la persona que realiza la prueba de tipificación.

Fecha: 10-17-2021 Lugar de la prueba: Ayuntamiento de Juma

Provincia: _____

Nombre de la persona que realiza la prueba: _____

Firma de la persona que realiza la prueba: _____



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

Código: _____

Fecha de la tipificación: 10-12-2021

FORMULARIO DE GRUPO SANGUÍNEO

Jornada Nacional de Tipificación Sanguínea

Información personal	
Nombre y Apellido	<u>Martín A. Noñez Sosa</u> Sexo <u>M.</u>
Fecha de nacimiento	<u>10-02-1943</u> Edad <u>78.</u>
Documento de identidad	<u>048-0032506-2.</u> Nacionalidad <u>Dominicano</u>
Grupo sanguíneo	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O Factor Rh <input checked="" type="checkbox"/> Positivo (+) <input type="checkbox"/> Negativo (-)
Información de contacto	
Correo electrónico	_____
Teléfono residencial	_____
Provincia	<u>M. N.</u> Teléfono celular <u>809-296-1045</u>
Dirección de residencia	Municipio <u>Bonao</u>
Contacto de emergencia	_____

Declaración de Consentimiento Informado

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Martín Antonio Noñez Sosa

1- ¿Usted conoce cuál es su tipo de sangre (o el de su familiar)?

Sí No

2- ¿Acepta usted que le realicemos (o a su familiar) la prueba de Tipificación Sanguínea?

Sí No

3- ¿Autoriza que sus datos (o los de su familiar) solicitados en el Formulario de Grupo Sanguíneo, sean recolectados por el Ministerio de Salud Pública para registrar su tipo de sangre?

Sí No

Firma del participante (o familiar): X Martín Noñez Sosa

Los siguientes datos serán completados por la persona que realiza la prueba de tipificación.

Fecha: 10-12-2021 Lugar de la prueba: Ayuntamiento de Juala

Provincia: Monsieur Noel

Nombre de la persona que realiza la prueba: Dionisio E. Cobera Santos

Firma de la persona que realiza la prueba: [Firma]



FORMULARIO DE GRUPO SANGUÍNEO

Jornada Nacional de Tipificación Sanguínea

Información personal

Nombre y Apellido	Anselmo Hernandez	Sexo	M.
Fecha de nacimiento	21 Junio 1973	Edad	48
Documento de identidad	048-0059182-0	Nacionalidad	Dominicano
Grupo sanguíneo	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input checked="" type="checkbox"/> O	Factor Rh	<input checked="" type="checkbox"/> Positivo (+) <input type="checkbox"/> Negativo (-)

Información de contacto

Correo electrónico	/		
Teléfono residencial	/		
Provincia	M. N	Teléfono celular	829-816-5812
Dirección de residencia	Soma.	Municipio	Bonao
Contacto de emergencia	809-697-3054		

Declaración de Consentimiento Informado

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Anselmo Hernandez Alvarez

- ¿Usted conoce cuál es su tipo de sangre (o el de su familiar)?
 Sí No
- ¿Acepta usted que le realicemos (o a su familiar) la prueba de Tipificación Sanguínea?
 Sí No

- ¿Autoriza que sus datos (o los de su familiar) solicitados en el Formulario de Grupo Sanguíneo, sean recolectados por el Ministerio de Salud Pública para registrar su tipo de sangre?
 Sí No

Firma del participante (o familiar): Anselmo

Los siguientes datos serán completados por la persona que realiza la prueba de tipificación.

Fecha: 10-12-2021 Lugar de la prueba: Ayuntamiento Soma

Provincia: Monsenor Nouel

Nombre de la persona que realiza la prueba: Dioneida E. Cabero S.

Firma de la persona que realiza la prueba: [Signature]



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

Código: _____

Fecha de la tipificación: 10-12-2021

FORMULARIO DE GRUPO SANGUÍNEO

Jornada Nacional de Tipificación Sanguínea

Información personal

Nombre y Apellido	<u>Patricia Yamel Cepeda</u>	Sexo	<u>F</u>
Fecha de nacimiento	<u>02-02-1982</u>	Edad	<u>39</u>
Documento de identidad	<u>031-04103755-5</u>	Nacionalidad	<u>DOMINICANA</u>
Grupo sanguíneo	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input checked="" type="checkbox"/> O	Factor Rh	<input checked="" type="checkbox"/> Positivo (+) <input type="checkbox"/> Negativo (-)

Información de contacto

Correo electrónico		Teléfono celular	<u>829 207-4761</u>
Teléfono residencial		Municipio	<u>BONAO</u>
Provincia	<u>M.N</u>		
Dirección de residencia	<u>Barrio La Paz</u>		
Contacto de emergencia	<u>829-879-3978</u>		

Declaración de Consentimiento Informado

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Patricia Yamel Cepeda

- 1- ¿Usted conoce cuál es su tipo de sangre (o el de su familiar)?
 Sí No
- 2- ¿Acepta usted que le realicemos (o a su familiar) la prueba de Tipificación Sanguínea?
 Sí No
- 3- ¿Autoriza que sus datos (o los de su familiar) solicitados en el Formulario de Grupo Sanguíneo, sean recolectados por el Ministerio de Salud Pública para registrar su tipo de sangre?
 Sí No

Firma del participante (o familiar):

Los siguientes datos serán completados por la persona que realiza la prueba de tipificación.

Fecha: 10-12-2021 Lugar de la prueba: Ayuntamiento de Jarda
 Provincia: Monsieur Nouel
 Nombre de la persona que realiza la prueba: Deonido E. Cabrera
 Firma de la persona que realiza la prueba:



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

Código: _____

Fecha de la tipificación: 10-12-2021

FORMULARIO DE GRUPO SANGUÍNEO

Jornada Nacional de Tipificación Sanguínea

Información personal

Nombre y Apellido	Rafael Leonidas Rosario	Sexo	M
Fecha de nacimiento	18-06-1960	Edad	62
Documento de identidad	045-0063625-2	Nacionalidad	Dominicano
Grupo sanguíneo	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	Factor Rh	<input checked="" type="checkbox"/> Positivo (+) <input type="checkbox"/> Negativo (-)

Información de contacto

Correo electrónico	-		
Teléfono residencial	-	Teléfono celular	809-377-6084
Provincia	monseñor novel	Municipio	Bonao
Dirección de residencia	-		
Contacto de emergencia	809-525-6062		

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: Rafael Leonidas

- ¿Usted conoce cuál es su tipo de sangre (o el de su familiar)?
 Sí No
- ¿Acepta usted que le realicemos (o a su familiar) la prueba de Tipificación Sanguínea?
 Sí No
- ¿Autoriza que sus datos (o los de su familiar) solicitados en el Formulario de Grupo Sanguíneo, sean recolectados por el Ministerio de Salud Pública para registrar su tipo de sangre?
 Sí No

Firma del participante (o familiar): X [Signature]

Los siguientes datos serán completados por la persona que realiza la prueba de tipificación.

Fecha: 10/12/21 Lugar de la prueba: Ayuntamiento De Jama

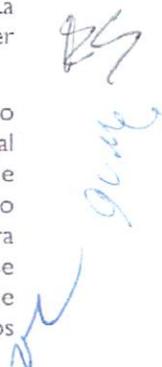
Provincia: MONS NOVEL

Nombre de la persona que realiza la prueba: Yana Lidian Linares

Firma de la persona que realiza la prueba: [Signature]

Declaraciones Juradas de Patrimonio de los funcionarios/as y autoridades obligadas del órgano ejecutivo de la Junta de Distrito Municipal.

- b. Las Juntas de Distrito que cumplan la condición anterior, serán ordenadas en base a las 10 regiones únicas de planificación y se realizará el sorteo del aporte para la compra de un camión (versátil o compactador pequeño) por cada una de ellas entre los Distritos Municipales de cada región y que no estén en SISMAP Municipal (todas las regiones menos la región Ozama que ya tiene todos sus Juntas de Distrito integradas en el sistema).
 - c. El sorteo será realizado ante notario público en las instalaciones de la Liga Municipal Dominicana a lo largo del mes de enero 2022.
5. **Ajuste a incentivos para la suscripción de Cartas Compromiso con la Ciudadanía:** En atención el criterio anterior sobre población, para aquellos gobiernos locales que, con el acompañamiento del MAP y la LMD, logren finalizar y suscribir una Carta Compromiso con la Ciudadanía vinculado al servicio de manejo de residuos sólidos en los que se comprometan atributos de calidad de dicho servicio, desde la Liga Municipal Dominicana se financiará, mediante órdenes de compra o de servicio, la adquisición de equipos de protección o herramientas de trabajo (uniformes, calzado, palas, escobas, picos, carretillas, sopladoras, etc) acorde al modelo de tamaño del gobierno local por valor de hasta RD\$ 250.000 a gobiernos locales con carta compromiso aprobada.
6. **Puntuación Mínima en Categoría de Superación Institucional:** Con el objeto de no desincentivar el esfuerzo realizado por los gobiernos locales en la categoría de Superación Institucional, se ajusta la condición relativa a la puntuación promedio mínima en las áreas de gestión interna para recibir el reconocimiento para que se ajuste a la siguiente denominación:
- “Descripción: Gobiernos Locales con mayor superación mediante el incremento de la puntuación en el SISMAP Municipal en el ranking de gestión interna, desde el corte del día 15/12/2020 al corte del día 15/12/2021. El incentivo será entregado de forma efectiva en el momento en el que su promedio general en las áreas de gestión interna sea superior a 60 puntos (cierto avance)”.**
- Lo anterior implica que, si un gobierno local se encuentra entre los reconocidos por esta categoría, pero no llega a un promedio de gestión interna de 60 puntos, mantendrá su derecho al reconocimiento, pero sólo le será entregado cuando su puntuación en el ranking de gestión interna supere dicha puntuación, para esto contará con un plazo de 6 meses contados a partir de la notificación de los ganadores en dicha categoría.
7. **Plan de Inversión del Presupuesto Participativo Municipal:** Con el objeto de impulsar los procesos de participación social, se agrega como condición para recibir los incentivos que un gobierno local haya conseguido en cualquiera de las categorías: presentar el Plan de Inversión del Presupuesto Participativo Municipal para el año 2022 aprobado por su órgano legislativo. La evidencia para esta condición podrá extraerse del indicador respectivo del SISMAP Municipal o ser presentado por el propio gobierno local.
8. **Exceso en la necesidad de camiones para la prestación de servicios:** Considerando el proceso de apoyo a la adquisición de camiones para la prestación de servicios impulsado por la Liga Municipal Dominicana en 2021 con los gobiernos locales del país y con el objeto de no superar la necesidad de dichos vehículos para la prestación ordinaria de servicios, cualquier gobierno local ganador de alguno de los incentivos vinculados a camiones podrá solicitar el uso de la disponibilidad económica para otra acción vinculada a la prestación de servicios y/o inversiones en desarrollo social siempre que se cuente con el aval técnico del Observatorio Municipal de la Liga Municipal Dominicana que evidencie que dispone de vehículos suficientes y en condiciones para operar el servicio de manejo de residuos sólidos.



9. **Adquisición de camiones compactadores pequeños en lugar de camiones versátiles.** Se agrega al esquema de incentivos la posibilidad de que un gobierno local pueda destinar el aporte del incentivo previsto para la adquisición de Camiones Versátiles (RD\$ 1.500.000 por cada camión) hacia la adquisición de un Camión Compactador de menor tamaño.
10. **Incentivos Fronterizos:** En base a lo dispuesto en el punto 12 de la circular conjunta del pasado 22 de julio de 2021, la Liga Municipal Dominicana presenta el Incentivo al Desarrollo Fronterizo 2021, en el que participan los 33 ayuntamientos y las 31 juntas de distritos dentro de la Zona Especial de Desarrollo Fronterizo (provincias de Pedernales, Independencia, Elías Piña, Dajabón, Montecristi, Santiago Rodríguez y Bahoruco). Este reconocimiento se estructura de acuerdo a lo siguiente:
- a. Los gobiernos locales serán agrupados entre ayuntamientos y juntas de distrito, y ordenadas de forma decreciente por el criterio de pobreza establecido para el Fondo de Cohesión Territorial.
 - b. Para cada grupo, será seleccionado para ser objeto del incentivo el primer ayuntamiento y la primera junta de distrito de la lista ordenada que no haya sido seleccionado por dicho fondo.
 - c. El Incentivo será un aporte en valor de RD\$ 5.000.000 para cada gobierno local y destinado a la ejecución de una acción de infraestructura en el marco de las competencias municipales y que impacte en la actividad económica o social de la demarcación.
 - d. El gobierno local podrá segmentar las disponibilidades financieras en un número máximo de tres proyectos, pero en ningún otro caso la ejecución completa de los mismos podrá exceder un año para su finalización. Todas las acciones a financiar con cargo a este incentivo tienen que ser identificable individualmente, con un principio y un fin definido, auditable, con identidad propia como proyecto, comenzado y finalizado presupuestariamente con el aporte desde la Liga Municipal Dominicana.
 - e. El proyecto será ejecutado por el gobierno local en base a lo recogido en la legislación y procedimientos públicos nacionales. Tendrá que incorporarlo en su Presupuesto Oficial, y estará sometido a los principios del control interno y externo bajo la rectoría de la Contraloría General de la República y la Cámara de Cuentas de la República Dominicana respectivamente. Para ello:
 - i. El gobierno local preparará la solicitud y el formato simplificado del detalle del proyecto a impulsar, y lo remitirá a la Liga Municipal Dominicana antes del 15/02/2022.
 - ii. Antes del 15/03/2022, la LMD hará la entrega al gobierno local del 50% del aporte y la certificación de disponibilidad presupuestaria por el restante. Para ello, se suscribirá un documento compromiso entre las partes en las que se defina los roles, responsabilidades y consecuencias.
 - iii. El gobierno local incorporará ese proyecto en su presupuesto y comenzará su ejecución.
 - iv. Al avanzar en la ejecución del 50% aportado, el gobierno local remitirá a la LMD un informe ejecutivo junto con el detalle de la ejecución presupuestaria del gobierno local (formato CIFE), donde se muestre el devengado del proyecto específico. Sobre él, la LMD en el lapso de 1 mes realizará el desembolso por el 50% complementario.
 - v. A la finalización de la ejecución del proyecto completo, el gobierno local presentará el informe ejecutivo completo junto con el detalle de la ejecución presupuestaria del gobierno local (formato CIFE), donde se muestre el devengado del proyecto específico.

f. Para todo este proceso, la Liga Municipal Dominicana facilitará el apoyo técnico necesario a los gobiernos locales y realizará las verificaciones en terreno que estime pertinentes.

11. **Resumen de Incentivos (aportes para la adquisición de camiones):** En base a los ajustes dispuestos en esta circular, el esquema final de los incentivos vinculados a la dotación de camiones para la prestación de servicios municipales es el siguiente:

- a. **Camión TIPO A (compactadores):** Aporte de un valor de hasta RD\$ 3.500.000 por cada camión.
- b. **Camión TIPO B (Versátiles o Compactadores Pequeños):** Aporte de un valor de hasta RD\$ 1.500.000 por cada camión.

Categoría	Ayuntamientos		Juntas de Distrito Municipal
	< 50.000 Hab	> 50.000 Hab	
Desempeño Institucional (Ranking General SISMAP) 85 Ayunt. + 20 Juntas DM	61 Ayuntamientos 1º = Camión TIPO A 2º - 3º = Camión TIPO B "S" SISMAP Municipal	24 Ayuntamientos 1º = Camión TIPO A 2º - 3º = Camión TIPO B "S" SISMAP Municipal	20 Juntas de Distrito 1º = Camión TIPO A 2º - 3º = Camión TIPO B "S" SISMAP Municipal
Superación Institucional (Ranking Gestión Interna) 158 Ayunt. + 47 Juntas DM	133 Ayuntamientos 1º = Camión TIPO A 2º - 6º = Camión TIPO B "s" SISMAP Municipal	25 Ayuntamientos 1º = Camión TIPO A 2º - 3º = Camión TIPO B "s" SISMAP Municipal	47 Juntas de Distrito 1º = Camión TIPO A 2º - 6º = Camión TIPO B "s" SISMAP Municipal
Satisfacción Ciudadana (Encuesta Ciudadana) 158 Ayunt. + 47 Juntas DM	133 Ayuntamientos 1º = Camión TIPO A 2º - 3º = Camión TIPO B	25 Ayuntamientos 1º = Camión TIPO A 2º - 3º = Camión TIPO B	47 Juntas de Distrito 1º = Camión TIPO A 2º - 3º = Camión TIPO B
Percepción de la gente – "Territorio Más Limpio" (Encuesta Ciudadana) 158 Ayunt. + 47 Juntas DM	133 Ayuntamientos 1º = Camión TIPO A 2º - 3º = Camión TIPO B	25 Ayuntamientos 1º = Camión TIPO A 2º - 3º = Camión TIPO B	47 Juntas de Distrito 1º = Camión TIPO A 2º - 3º = Camión TIPO B
Impulso a la Transparencia (Rendición Cuentas) 188 Juntas DM (no SISMAP)	---	---	188 Juntas de Distrito 9 Camiones TIPO B, 1 por región a excepción de la Región Ozama

12. **Fechas y fuentes de verificación para cada uno de los incentivos:** Se actualizan las fechas y fuentes de verificación para el conjunto de incentivos previstos a los gobiernos locales, de acuerdo al siguiente esquema consolidado:

Categoría	Fuente de verificación	Fecha de verificación
Desempeño Institucional	Ranking General del SISMAP Municipal (Gestión Interna + Servicios Municipales)	15/12/2021 – Corte Oficial
Superación Institucional	Ranking Gestión Interna del SISMAP Municipal vs Puntuación en Gestión Interna al 15/12/2020	15/12/2021 – Corte Oficial
Satisfacción Ciudadana	Resultado de Encuesta Municipal de Satisfacción Ciudadana	Diciembre 2021
Percepción de la Gente "Territorio Más Limpio"	Resultado de Encuesta Municipal de Satisfacción Ciudadana	Diciembre 2021
Impulso a la Transparencia (Rendición Cuentas)	Certificación de la Dirección General de Presupuesto y de la Cámara de Cuentas al 15/12/2021 + Sorteo ante Notario Público	15/12/2021 (DIGEPRES) (CRRD) Enero 2022 - Sorteo
Incentivo Fronterizo	Certificación del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo	Enero 2022
Completo por Carrera Administrativa Municipal	Certificación del Ministerio de Administración Pública	15/01/2022
Incentivos para la suscripción de Cartas Compromiso con la Ciudadanía	Certificación del Ministerio de Administración Pública	15/01/2022