

MODELO 84-20-02

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
EPIDEMIOLOGÍA

TARJETA DE VACUNACION

AREA DE SALUD:

PAS

Pseudero

Primer Apellido

Martinez

Segundo Apellido

Justin Ernesto

Nombre(s)

MUNICIPIO:

Autzuc

PROVINCIA:

Autzuc

Dirección:

Calle 52# 1509 Int "C" Calle 15 y Calle 17

HISTORIA CLÍNICA

21102362828

SEXO

Fem ☐

Masc ☒

FECHA DE NACIMIENTO

23 10 21
DIA MES AÑO

VACUNA

FECHA

1ERA DOSIS

2DA DOSIS

3ERA DOSIS

REACTIVACIÓN

NOMBRE DEL VACUNADOR

HB*

23-10-21

HB*

BCG

23-10-21

DPT+HB

DTP*

25-12-21

24-2-22

23-4-22

23-4-23

DTP**

Hib

25-12-21

24-2-22

23-4-22

23-4-23

AM-BC

23-1-22

25-3-22

PR8

25-10-22

DT

AT 5^{to} grado

AT 8^{to} grado

AT 11^{to} grado

TT 9no

TT 15 Años y +

Td 9no

Td 15 Años y +

O.P.V

- 1 a

1 año

2 años

9 años

4-11-21

10-12-21

23-10-22

24-11-22

24-10-23

24-11-23

Dr. [Signature]
[Signature]
[Signature]

* Hijo de madre negativa HBsAG

** Hijo de madre positiva HBsAG