

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

SUB-SECRETARÍA DE SALUD COLECTIVA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN '94
PROYECTO DE VACUNACIÓN EN SEGUIMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS E Y OTRAS ENFERMEDADES



Provincia / Area: Municipio
INSTITUCIÓN: Sanatorio Imbabura y Comarca Urcabamba

FECHA: 10/11/94
LRS: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACIÓN

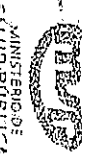
TIPOS DE VACUNAS: DOSIS REQUERIDAS Y FECHA (DD/MM/AA)

DATOS DE LA ENTREGA DE VACUNA

Nº	NOMBRE APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD (S es menor o titular)	Fecha nacimiento	SEXO	TIPOS DE VACUNAS							LOCALIDAD	EVENTO						
					Hepatitis B	Saram	NEUMOCOCC	NEUMOCOCC	POLIO	INFUJENTE	RESPONSOR			FECHA	INSTITUCIÓN	Nº			
1re	2de	3re	4re	5re	1re	2de	3re	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	
1	Polanco G. Paola	001-01534483	13-03-1970	F															
2	Alfaro Vera	001-16835683		F															
3	Stam Carlos D. Leon	001-09393884		M															
4	Rickard Garcia	001-17681049	14-08-1985	M															
5	Adriana Trujillo	110-00073494	16-08-1984	F															
6	Milagros Vidal	021-007940-5	14-10-1985	F															
7	Amor Y. Valerio	046-00099214	20-05-1975	F															
8	Nidia Gordo	001-0019443-6	11-11-1976	F															
9	Vanessa Fernandez	001-1912933-7	26-10-1991	F															
10	Rafael Sivilio	001-0564723-4	01-01-1960	M															
11	Carlos S. Gonzalez	002-0037374-4	29-01-1957	M															
12	Alexandra Remon	001-04510348-7	13-08-1981	M															
13	Carleen L. Perez	001-1101743-0	01-11-1966	F															
14	Betania Vaz	001-0837929-8	05-11-1969	F															
15	Sabrina De Alba	001-0120427-9	23-06-1958	F															
16	Yanagaita Yana	001-0946281-2	05-04-1966	F															
17	Carsten Santiago	001-1712615-1	04-01-1978	F															
18	Yvonne Gabriela	001-1082333-4	03-08-1973	F															
18	Kathleen Gabriela	001-0494476-4	13-05-1976	M															
20	Monica Paulina	001-0284566-6	21-01-1953	F															

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

SUB-SECRETARÍA DE SALUD COLECTIVA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN '94
PROYECTO DE VACUNACIÓN EN SEGUIMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES



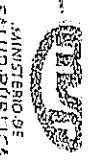
Provincia / Área: Urb. Centro Habana y Cerro Municipio: UGAR

Fecha: 19/10/1997
ARS: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DE SERVICIO DE VACUNACIÓN

N.C.	NOMBRE APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD (Sexo menor del titular)	Fecha Recrutamiento	SEXO	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)							DATOS DE RESPONSABILIDAD									
					Hepatitis B	Sarami	NEUMOCOCCO	NEUMOCOCCO	POUC	INFIBENTE	COCAVIDOR	EVENTO	RESPONSABLE (Institución)	no.	EVENTO						
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	SI	NO	
1	Paola M. Feli G.	4102-2449771-5	28-08-71	F						✓											
2	Ramona Beltrán	005-0025331-5	31-08-51	F																	
3	Rafael Gil	001-0283690-5	13-10-50	M																	
4	Maria T. Garcia	001-08328782	24-09-71	F						✓											
5	Rosa Paredes R.	001-0441730-8	5-11-49	M						✓											
6	Yenny Rivera	010-0085808-2	21-03-71	M						✓											
7	Magdalena Velazquez	402-2302313-2	22-08-71	F						✓											
8	Estherina Reyes	001-0762557-1	17-04-71	F						✓											
9	Yvete Bon Rodríguez	018-0003567-5	8-09-58	M						✓											
10	Wilson Ferrer	001-1377490-5	14-08-71	M						✓											
11	Olivera Rolando	002-048839-5	11-11-71	M						✓											
12	Alberto Paulista	402-7845330-0	01-03-91	M						✓											
13	Conrado Wazte	002-0034574-2	02-08-74	M						✓											
14	Rodolfo Armando	001-1373866-0	27-12-50	M																	
15	Leonilda Peir	001-1101086	16-02-78	M						✓											
16	Cristina Vargas	001-1702674-0	05-12-81	F							✓										
17	Nancy Abella	001-1682593-6	25-11-83	F																	
18	Melcete Hernández	001-1210605-9	11-07-78	F																	
18	Guiliana Reyes	093-0035103-9		F																	
20	Rafael No Surges	001-1655856-0	24/10/18	M																	

Vacunador(a): _____ Supervisor: _____



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

SUB-SECRETARIA DE SALUD COLECTIVA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)
PROYECTO DE VACUNACION EN SEGUIMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES



Provincia / Area: Municipalidad de Ica
INSTITUCION: Ministerio de Salud y Comercio UGAR: _____

FECHA: 19/12/19
ARS: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

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

Nº	NOMBRE APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD (si es menor de titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)									DATOS DATA FARMACOBIGIANCE							
					Hepatitis B									Saram.	NEUMOCOCCO	NEUMOCOCCO	POLIO	Influyente	LOCALIDAD	EVENTO	CONDIC
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	
1	Wilson Morillo	224006812-5	15/11/92	M	<input checked="" type="checkbox"/>																
2	Jorge A Espino	001-0158800-2	7/8/54	M	<input checked="" type="checkbox"/>																
3	Robiana Norling	001-1207736-3	16/03/59	F	<input checked="" type="checkbox"/>																
4	Ysopauline Noguera	001-0698248-0	11/11/65	F	<input checked="" type="checkbox"/>																
5	Fraida Felis			F																	
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____