

MODELO 84-20-02 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA EPIDEMIOLOGIA		TARJETA DE VACUNACION		AREA DE SALUD: <i>Polvuerito</i>	
<i>Hernandez Fuentes</i> Primer Apellido Segundo Apellido Nombre(s)			MUNICIPIO: <i>Stu</i>		PROVINCIA: <i>Stu</i>
Dirección: <i>Calle Manuel # 62A Esq. Paredón 6to</i>			HISTORIA CLINICA		SEXO: ☐ F ☒ M FECHA NACIMIENTO: 15 / 5 / 90 DIA MES AÑO
VACUNA	FECHA			NOMBRE DEL VACUNADOR	
	1RA. DOSIS	2DA. DOSIS	REACTIVACION		
HB*	<i>Amor</i>	<i>26/5/15</i>	<i>lot 55081</i>	<i>6/10/07</i>	
HB**					
BCG	<i>Amor</i>	<i>26/5/15</i>	<i>lot 55081</i>	<i>7/11/07</i>	
DPT + HB + Hib	<i>Amor</i>	<i>26/5/15</i>	<i>lot 55081</i>	<i>10/14/08</i>	
DPT *					
DPT **					
Hib					
AM-BC					
PRS					
PRS 1er grado					
DT 1er grado					
AT 5to grado					
AT 8vo grado					
AT 11no grado					
TT 9no					
TT 15 Años y +					
O.P.V.					
- 1 a					
1 año					
2 años					
9 años					



*Hijo de madre negativa HBsAG
**Hijo de madre positiva HBsAG

Ministerio de Salud Pública
Policlínico Universitario Dr. Emilio Dandino, Buenos Aires

Hago Constar que el cro. (a) *Nicol Hernández Fuentes*

Se vacunó con antiamarilica el día *26/5/15*

Lote *K5081*

Dra Ana Luisa Quevedo Navarro
Directora del centro



Idanis Cruz Azahares
Dpto. Vacunación

