ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO VERIFICACIÓN ESTADO VACUNAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS EN PRIMERA INFANCIA	Codigo: FOR-PSS-500 Versión: 0 Fecha: Memo I2021037207-2/12/2021 Página: 1 de 2

JARDIN INFANTIL_____ NIVEL___ RESPONSABLE DE LA VERIFICACION:_____

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO (D/M/A)	EDAD en meses	FECHA DE VERIFICACIÓN (D/M/A)	ESQUEMA VACUNACIÓN									¿CUENTA CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN VIGENTE SEGUN LA EDAD?	FECHA PROYECTADA DE PRÓXIMA VACUNA O VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
					BCG Hept B	1POL 1PVT 1RTV 1NCC	2POL 2PVT 2RTV 2NCC	3POL 3PVT 1 INF EST	2 INF EST	S-R-P VAR NCC HP A	1 REF. DPT POL 1 FA	2 REF. DPT POL S-R-P	OTRAS VACUNAS			
					0 m	2 m	4 m	6 m	7 m	12 m	18 m	5 años			(M/A)	
1	LUCIANA HERNANDEZ WILCHES	22/09/2021	5	03/03/2022									Polio 12/2021	SI ■ NO ☐	Refuerzo de los 6 mese	
2	LAURA KATHERIN PARDO VARGAS	30/09/2017	54	03/03/2022										SI ■ NO ☐	Refuerzo de los 5 años	
3	ASHELY REIMAR PERALTA SALINAS	03/08/2017	53	03/03/2022										SI ☐ NO ■		Se realiza compromiso
4	REYSHELL ANABELA PERALTA SALINAS	15/03/2020	24	03/03/2022										SI ☐ NO ■		No presetan carnet se genera compromiso
5	ALISON DANIELA PLATA MAZABUEL	28/01/2020	25	03/03/2022										SI ■ NO ☐	Refuerzo de los 5 años	
6	ANGIE DANIELA ADRIAN HERNADEZ	16/05/2020	20	03/03/2022										SI ■ NO ☐	Refuerzo de los 5 años	
7		/ /		/ /										SI ☐ NO ☐		
8		/ /		/ /										SI ☐ NO ☐		
9		/ /		/ /										SI ☐ NO ☐		
10		/ /		/ /										SI ☐ NO ☐		
11		/ /		/ /										SI ☐ NO ☐		
12		/ /		/ /										SI ☐ NO ☐		
13		/ /		/ /										SI ☐ NO ☐		
14		/ /		/ /										SI ☐ NO ☐		
15		/ /		/ /										SI ☐ NO ☐		
16		/ /		/ /										SI ☐ NO ☐		
17		/ /		/ /										SI ☐ NO ☐		
18		/ /		/ /										SI ☐ NO ☐		
19		/ /		/ /										SI ☐ NO ☐		
20		/ /		/ /										SI ☐ NO ☐		
	Vacunas para prevenir las siguientes enfermedades :				Meningitis tuberculosa Hepatitis B	polio,meningitis y otras enf pentavalente: hep B . H-influenzae B difteria, tosferina tetano(DPT). Rotavirus. Neumococo		Polio, pentavalente Influenza estacional	Influenza Estacional	SRP:sarampion , rubeola,paperas. Varicela. Ref. neumococo. Hepatitis A.	DPT: Difteria,tosferina tetano.polio fiebre amarilla	DPT: difteria,tosferina tetano.polio. SRP:sarampion rubeola paperas				

Es esencial que el seguimiento al estado vacunal incluya el documento(carnet de vacunas) por ambas caras, que evidencie los datos de identificacion de la niña o el niño. Asi mismo se debe promover la asistencia oportuna a las campañas masivas de vacunacion que establece la Secretaría de Salud Distrital. Nota: La vacuna influenza estacional se puede aplicar antes de los 24 meses dos dosis con intervalos de 4 semanas,posterior a los 6 meses de edad.