

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	Dosis	FECHA DE VACUNA			Lote	Nombre del vacunador	Refuerzos	Lote
		Día	Mes	Año				
B.C.G. (Antituberculosis)	U	30	9	95				
Antipoliomielítica	R.N	30	9	95				
	1ª	30	12	95			30/12/95	
	2ª	28	2	96				
	3ª	29	4	96			30/12/96	
D.P.T. (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1ª	30	12	95			30/12/95	
	2ª	28	2	96			3/12/96	
	3ª	29	4	96				
Antihepatitis B	1ª	30	9	95				
	2ª	28	2	96				
	3ª	29	4	96				
Triple Viral (Sar. Pa. Rub.)	U	1	10	96			260707	81216
Toxoide Tetánica (Tétanos)	1ª							
	2ª							
	3ª							
Toxoide Diftérico (Tétanos y Difteria)	4ª	26	07	07	EUHOSIZB	Acles		
	5ª							
	3ª							
Sarampión	U							
Antifebre Amarilla	U	1	10	96				
Meningo-Bc (Meningococo)	1ª							
	2ª							
Hib (Hemofilius Influenza)	1ª							
	2ª							
	3ª							
Rubeola	U							

CONSERVE ESTE CARNE

SE REQUIERE PARA UN BUEN
CONTROL DEL ESQUEMA DE
VACUNACIÓN PRESENTE SIEMPRE
QUE ASISTA A UN SERVICIO DE
SALUD.

TODO NIÑO VACUNADO ESTÁ PROTEGIDO
CONTRA ENFERMEDADES GRAVES.

Después de la vacunación, el niño puede
presentar reacciones como
fiebre, dolor y brote.
Estas reacciones son normales
y significan que el niño está
produciendo defensas contra las
enfermedades para las que fue
vacunado.

"En caso de presentarse una reacción
distinta a las anteriores, consulte a la
institución de salud más cercana."



E.S.E. HOSPITAL LA CRUZ
PUERTO RICO

CARNE DE VACUNACIÓN (SIS 153)

Nombre del vacunado: *Jose H. Hernandez Gil Hernandez*

FECHA DE NACIMIENTO: *30 9 45*
Da Mes Año

INSTITUCIÓN: *Hospital Cruz*

MUNICIPIO: *PR Bayamón*

CARNE NÚMERO:

ZONA	SECTOR	AREA
------	--------	------

Su próxima cita es:

(con-tápliz)