

SECRETARÍA DE SALUD DE HONDURAS
ÁREA DE ESTADÍSTICAS DE LA SALUD / PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

GE-1 SINOVA 2016

FORMULARIO DE REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN GRUPOS ESPECIALES SINOVA

ESTABLECIMIENTO: _____ CÓDIGO: _____ DEPARTAMENTO: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____ FIRMA: _____ DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____

| No. | NOMBRE COMPLETO | PROCEDENCIA (COLONIA ALDEA) | HEPATITIS B | | | FIEBRE AMARILLA | SR** | TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO (Td) | | | | | | | | | | VPH***** | VITAMINA A |
|---------|-----------------|--------------------------------|------------------|----|----|--------------------|----------|-----------------------------------|-------------|----|----|----|----|--------------|----|----|-------|-----------------|------------|
| | | | GRUPOS EN RIESGO | | | >1 AÑO VIAJEROS | > 5 AÑOS | 11 AÑOS | EMBARAZADAS | | | | | OTROS GRUPOS | | | | NIÑAS DE 11 AÑO | PUERPERAS |
| | | | 1a | 2a | 3a | DU* | DA*** | R**** | 1a | 2a | 3a | 4a | 5a | 1a | 2a | 3a | R**** | 1a | 2a |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* DU: Dosis Única
** SR: Sarampión y Rubéola

*** DA: Dosis Adicional
**** R: Refuerzo

*****VPH: Virus Papiloma Humano

Revisado 27 septiembre 2016