

SALUD DE HONDURAS
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
DIARIO DE VACUNACIÓN SINOVA

SINOVA-2017 (v6)

DEPARTAMENTO: _____

MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

LUGAR DE VACUNACIÓN: INTRAMURO : ☐ EXTRAMURO: ☐

DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____

[illegible]

epB-Hib=Difteria, Tos Ferina, Tétanos, Hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo b, ****SRP: Sarampión, Rubéola y Parotiditis

*****GR: GRUPOS EN RIESGO