

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*****	VITAM NA A	
			GRUPOS EN RIESGO			>1 AÑO VIAJEROS	> 5 AÑOS	11 AÑOS	EMBARAZADAS					OTROS GRUPOS					NIÑAS DE 11 AÑO	PUERP ERAS
			1a	2a	3a	DU*	DÁ***	R****	1a	2a	3a	4a	5a	1a	2a	3a	R****	1a	2a	DU
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