

SECRETARÍA DE SALUD
ÁREA ESTADÍSTICA DE LA SALUD / PROGR
FORMULARIO DE REGISTRO DIA

ESTABLECIMIENTO: _____ DEPARTAMENTO: _____ CÓDIGO: _____

NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____ FIRMA: _____

No.	NÚMERO DE IDENTIDAD DEL NIÑO			NOMBRES Y APELLIDOS DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO dd / mm / aa	SEXO		LUGAR DE NACIMIENTO		LUGAR DE RESIDENCIA			
	Número provisional (identidad de la madre)	No. de hijo	Número oficial del niño (RNP)			H	M	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	LOCALIDAD	DIRECC
1					/ /								
2					/ /								
3					/ /								
4					/ /								
5					/ /								
6					/ /								
7					/ /								
8					/ /								
9					/ /								
10					/ /								
11					/ /								
12					/ /								
13					/ /								
14					/ /								
15					/ /								
Total													

* Grupo poblacional al que pertenece: Lenca, Garifuna, Tolupan o Jicaque, Misquito, Pech, Chortis, Tawahka, Negro de habla inglesa, Mestizo; o si es extranjero, **VPI: Vacuna de Poliovirus Inactivada, ***VOP: Vacuna Oral de Poliovirus, ****Pentavalente: HepB

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