

VACUNOGRAMA

VACUNAS	1ª DOSIS FECHA	2ª DOSIS FECHA	3ª DOSIS FECHA	REV. 1ª DOSIS FECHA	REV. 2ª DOSIS FECHA
B. C. G. (R N)					
TRIPLE (D. P. T.)	20.3.06 25032-1	24.07.06 +HIS	26.10.06-1 10/8/06	25.11.06 10/8/06	
A POLIO (TRIU)	20.3.06 202VB 142	24.07.06 07	26.10.06-2 10/8/06	25.11.06 10/8/06	
A SARAMPION	-Ruiz de la - Payeras: 19/1/07				25096-1
OTRA Hepatitis	20.3.06 VVA 07010	03/06/06 VVA 07010	VVA 3013 10/8/06		



Vacuna Anticripal 1ª 04-04-07 2ª 04-05-07

OBSERVACIONES: *Uchua*

Vacunas: 04- Agosto-06

Vacunas AL AVO, DDT

A color nuevo

Revisar: Auto Vacuna DPT-Hes

+ Polio

Vacunas: DPT

DEFIENDA SU SALUD

VACUNANDOSE OPORTUNAMENTE

SU CONSULTORIO MANTIENE

SERVICIOS GRATUITOS DE

VACUNACION PARA USTED

Y SU FAMILIA

Conserve este Carnet y preséntelo
cada vez que consulte Médico

FAP - TEL: 5515680

CI: 22. 022. 797-9

CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA

PAUL HARRIS 1140

TELS./FAX: 2115302 - 2128274

CARNET DE INMUNIZACIONES

DE LACTANTES Y PRE-ESCOLARES

Nº Ficha *140*

Nombre *Luis*

Fecha Nac. *13.01.06*

Consultorio