

Antecedentes de Inmunización (Vacunas)

Número Personal de Salud (Care Card): # _____

Nombre: _____ Sexo: M ___ F ___ Fecha de Nacimiento: ___/___/___
 Apellido Nombre Nombre inglés (Si diferente del anterior) DD MM AA

INMUNIZACIÓN (Vacunas)	País en donde las vacunas fueron administradas _____						
	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA
DIFTERIA TÉTANO Y TOS FERINA (DTaP) DIPHThERIA PERTUSSIS TETANUS (DPT)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DIFTERIA TÉTANO DIPHThERIA TETANUS	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
POLIO POLIO	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
INFLUENZAE HAEMOPHILUS TIPO B (HIB) HAEMOPHILUS INFLUENZAE B (HIB)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
SARAMPIÓN – PAPERAS - RUBÉOLA (MMR) MEASLES MUMPS RUBELLA (MMR)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
SARAMPIÓN (RUBÉOLA) MEASLES (RUBEOLA)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
RUBÉOLA (SARAMPIÓN ALEMÁN) RUBELLA (GERMAN MEASLES)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
PAPERAS MUMPS	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HEPATITIS B HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HEPATITIS A HEPATITIS A	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MENINGOCÓCICA Polisacárida Tipo ____ MENINGOCOCCAL Polysaccharide Type ____	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MENINGOCÓCICA Conjugada Tipo ____ MENINGOCOCCAL Conjugate Type ____	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
NEUMOCÓCICA Polisacárida Tipo ____ PNEUMOCOCCAL Polysaccharide Type ____	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
NEUMOCÓCICA Conjugada Tipo ____ PNEUMOCOCCAL Conjugate Type ____	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
VARICELA VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ENCEFALITIS JAPONESA JAPANESE ENCEPHALITIS	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
BCG (Bacilo de Calmette-Guerin)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Otra Other	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

www.niagararegion.ca