



MINISTERIO DE SALUD  
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD DEL CENTRO SUR, SERVICIOS REGIONALES Y PROVINCIALES DE LA SALUD  
PROGRAMA DE VACUNACIÓN  
COMANDO EN JEFE DE ADMINISTRACIÓN VACINAL

Núm. de PIN: \_\_\_\_\_

□□□□□

Número de Facilidad: \_\_\_\_\_

Instrucciones: escriba en letra de molde y complete en todos sus partes

**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (Paciente Embarazada)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dpto. Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_

País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social: □□□-□□-□□□□

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses \_\_\_\_ días

**Raza**

- Mestizo Americano o mestizo de Andes  Andino  
 Nativo de Tumbes o otras islas del Pacífico  Blanco  
 Negro o afroamericano  Otro: \_\_\_\_\_

**Organización**

- Miembro o afiliado  No Miembro o afiliado

Además:  Miembro  Compañero

Persona responsable del paciente  
Designada máximo de 21 años

Municipio: \_\_\_\_\_ o Distrito: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Pueblo: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Código Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de: \_\_\_\_\_

Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Otros números de telefonía: \_\_\_\_\_

**ESTADUALIDAD DEL PACIENTE (Paciente Embarazada o Parturiente)**

- Paciente de País  Paciente Maternal (Extranjera)  Paciente con País Nacido (extranjero migrante) \_\_\_\_\_  
 Paciente que ha nacido en Perú

**QUIÉRCENOS DEL PACIENTE (Paciente Embarazada o Parturiente)**

Indicaciones: leer de izquierda a derecha para que aparezca dentro o "Completar" de otro tipo de vacunación

- Embarazada Programada  
 Recién nacido que vive con madre o niño o adolescente (Recién nacido que vive con su madre o adolescente)  
 Empleado de la salud (Infectados durante el trabajo con pacientes)  
 Recién nacido de Servicio de Emergencia (Recién nacido con un diagnóstico de: Sarampión) \_\_\_\_\_, Polio (Recién nacido) \_\_\_\_\_, Fiebre tifoidea (Recién nacido) \_\_\_\_\_, Fiebre tifoidea (Recién nacido) \_\_\_\_\_, Sifilisis (Recién nacido) \_\_\_\_\_, Dengue (Recién nacido) \_\_\_\_\_  
 Empleado Carretero (Carretero) (Empleado de transporte)  
 Participante de la salud comunitaria (Participante en la comunidad)  
 Recién nacido que vive con madre o niño o adolescente (Recién nacido)

**ESTADUALIDAD DEL PACIENTE (Otro tipo de Paciente)**

Indicaciones: leer de izquierda a derecha para que aparezca dentro o "Completar" de otro tipo de vacunación

001. Residencia de otro país o zona  002. Residencia de zona  003. Confinamiento de zona (zona de riesgo)  
 004. Residencia de zona rural  005. Residencia de zona urbana  006. Representante de zona (zona de riesgo)  
 007. Residencia de zona urbana  008. Residencia de zona rural  009. Confinamiento de zona (zona de riesgo)  
 010. Residencia de zona rural  011. Residencia de zona urbana  012. Confinamiento de zona (zona de riesgo)