

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA DE SALUD
DEL NIÑO Y ADOLESCENTE



SERVICIO DE SALUD _____
COMUNA Sou Bdo
ESTABLECIMIENTO _____



MI CARNÉ DE SALUD INFANTIL

NOMBRE Isabella Alejandra Jara

Nº FICHA 50702

R.U.N. 21.833.832-17

Cuide este carné, contiene la historia de salud de su hijo. Llévelo cada vez que solicite atención en Postas, Consultorios y Hospitales.

VACUNOGRAMA

VACUNAS	1a DOSIS	2a DOSIS	3a DOSIS	1a REV.	2a REV.
BCG. (TUBERCULOSIS)	(+) PN 13-05-05	1º BASICO			
POLIO TRIVALENTE. (POLIOMIELITIS)	2 MESES 27 JUL 2005	4 MESES 30 SEP 2005	6 MESES 30 NOV 2005	18 MESES 28 NOV 2006	4 AÑOS —
DPT O TRIPLE. (DIFTERIA, TÉTANOS, COQUELUCHE O TOS + Hib CONVULSIVA)	2 MESES 27 JUL 2005	4 MESES 30 SEP 2005	6 MESES 30 NOV 2005	18 MESES 28 NOV 2006	4 AÑOS 09 JUL 2008
TRES VÍRICAS (SARAMPION, PAPERAS, RUBEOLA)	12 MESES 05 MAY 2006	1º BASICO			
TOXOIDE DIFTERICO- TETANICO O DT (DIFTERIA- TÉTANOS)	2º BASICO				
Hepatitis B	27 JUL 2005	30 SEP 2005	30 NOV 2005		
Antigripal	04 04 06	05 MAY 2005			
		20 ABR 2007			



Compañía Sociedades

2 Grijetas 3 c Las vacunas protegen la vida de sus hijos. Manténgalas al día 1 DIC 2010
2 Agujas 236x1 Acuda a su vacunatorio, son gratuitas.

Se entrega Tarjeta de Vacunación