

PLANILLA DIARIA DE VACUNACIÓN ANTIGRI PAL 2021

Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles



Ministerio de Salud Argentina

Nombre completo del Establecimiento _____

Provincia _____

N° de planilla _____

Departamento _____

Cada renglón corresponde a una persona vacunada. Marcar con una cruz (X) al grupo que pertenezca.

FECHA	Apellido y Nombre	DNI	Residencia (Departamento/municipio)	Fecha de nacimiento	Personal de salud	Personal esencial	Embarazadas	Puerperas	Niños de 6 a 24 meses (*)			Niños de 2 a 8 años FR (*) (**)			Personas de 9 a 64 años FR (**)	Condiciones FR. Código Motivo (**)	Personas mayores de 65 años	Tipo de vacuna aplicada y lote	Firma	Código Motivo FR (**)	
									Única dosis	1°	2°	Única dosis	1°	2°							
																				7 Inmunocomprometido	
																					8 Cardiológico
																					9 Respiratorio
																					10 Diabético
																					13 Obesidad Mórbida
																					14 Inmunodeficiencia
																					15 Conviviente inmunocomprometido
																					99 Otros motivos no contemplados anteriormente
TOTAL																					

(*) Aplicar dos dosis de vacuna antigripal, separadas entre sí al menos por 4 semanas. Excepto aquellos que recibieron al menos dos dosis de vacuna antigripal anteriormente, quienes deberán recibir solo una dosis.