

Volver el 04/12/23



MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL

CERTIFICADO DE VACUNAS APLICADAS

Nombre y Apellido Cea
Braion Juan Manuel

Fecha de Nacimiento 11/04/95

Loc. VR Pcia. RN

Domicilio Gob. Castelo 427

Loc. VR Pcia. RN

SEÑORA MAMA:
PREGUNTE CUANDO DEBE REGRESAR

Cea. Braion, Juan Manuel

VACUNA	DOSIS	FECHA	VACUNATORIO y FIRMA	PROXIMA DOSIS (Fecha)	VACUNA	DOSIS	FECHA	VACUNATORIO y FIRMA	PROXIMA DOSIS (Fecha)
B.C.G. contra la tuberculosis	1°	24/04/95	Truenas		ANTISARAM- PIONOSA contra el sarampión	1°	24/04/95	MTR	
	R	23/04/01	Truenas			2°	26/05/09	A36437	
	R								
SABIN contra la poliomelitis	1°	16/05/95	Cela		CAMPANA dTα doble adultos contra tétanos y difteria	1°	06/05/97	Antisarampión	
	2°	25/8/95				2°	24/05/98	Antisarampión	
	3°	14/11/95	Truenas			3°	12/04/11		
	R	14/11/96	Truenas						
	R	02/05/01	Truenas						
D.P.T. contra el tétanos la difteria y la tos convul- siva	1°	16/05/95	Cela		T.T. contra el tétanos	1°	03/11/23		
	2°	25/8/95				2°	13/11/2025		
	3°	11/11/95	Truenas						
	R	14/11/96	Truenas						

① H.A =