

38



REPUBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES



TARJETA DE REGISTRO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO (A)

Arosemena Iguasalibler

APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE

F.NAC 31 03 1983

DIA MES AÑO

SEXO F M

NO. CÉDULA: 10-707-643 Nº S.S.

DIRECCIÓN Armika Kuma Yaka (Tubusala)

NO. DE CASA: _____ TELÉFONO: _____

M.R.	
1ra.	
Ref.	
INFLUENZA	
1ra.	4ta.
2da.	5ta.
3ra.	6ta.
HEPATITIS B	
1ra.	2do.
Ref.	
TD ADULTO	
1era.	
2da.	
Ref.	
VARICELA <u>Coronavirus</u>	
1ra.	Ref. <u>8/2/22</u>
OTRAS <u>PAA173696</u>	

TDAP		
1ra.		
ANTI F. AMARILLA		
1ra.		
HEPATITIS A		
1ra.		
ANTIRRABICA HUMANA		
1º	4º	7º
2º	5º	8º
3º	6º	9º
NEUMOCOCO CONJUGADO		
1ra.		
NEUMOCOCO POLISACARIDO		
1ra.	2da.	
CORONAVIRUS <u>P Fizer</u>		
1ra. <u>9/9/21</u>	2da. <u>7/10/21</u>	
Lote: <u>3102580</u>	Lote: <u>763524</u>	