Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad

MODELO DE REGISTRO NOMINAL DE VACUNADOS

Vacunación de las embarazadas frente a tos ferina

NOMBRE DEL CENTRO: _____

DIRECCIÓN: _____

RESPONSABLE: _____

Fecha VACUNACIÓN	Apellido 1	Apellido 2	Nombre	Fecha Nacimiento	VACUNA (nombre comercial)	LOTE	SEMANA EMBARAZO