***REGISTRO DE VACUNAS***

******



***ENCUESTA A FAMILIARES***

*Realice una encuesta a los familiares, acerca de lo siguiente:*

 *¿Cuáles vacunas han recibido desde que eran bebés o menores de edad?*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la persona  | BCGtuberculosis | Hepatitis B | DPTDifteriaTosferinaTétano | Influenza | Polio | SRPSarampiónRubeolapaperas | Varicela | Hepatitis A |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**¿Cuál es su reflexión después de haber aplicado la encuesta?**