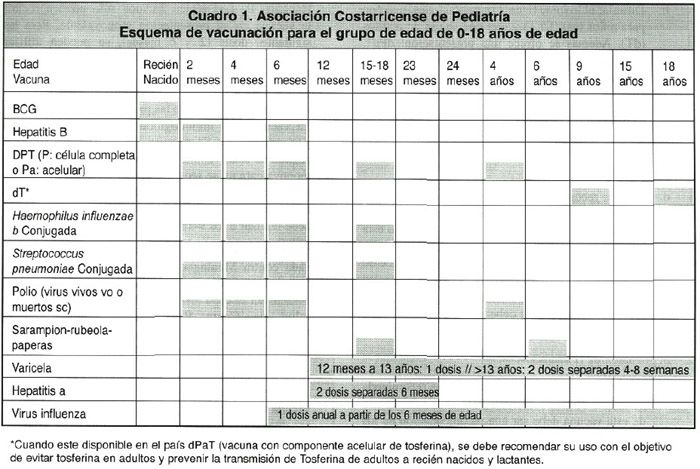
***REGISTRO DE VACUNAS***

******



***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 | BCG  tuberculosis | Hepatitis B | DPT  Difteria  Tosferina  Tétano | Influenza | Polio | SRP  Sarampión  Rubeola  paperas | Varicela | Hepatitis A |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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