



SIGNOS VITALES

pogro VACUNACION:

COORDINACION ZONAL 5 SALUD

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NUMERO OE CEDULA

| | | | | |
|------------------|--|--|----------|--|
| NOMBRE APELLIDOS | | | TELEFONO | |
|------------------|--|--|----------|--|

2. DIRECCIÓN DOMICILIARIA

| NOMBRE DE VACUNA | FECHA DE CADUC'OAD | FECHA DE VACUNACION | VACUNACION | PROFESIONAL QUE VACUNO |
|------------------|--------------------|---------------------|------------|------------------------|
| | | | | |

4. 1. SIGNOS VITALES primer control

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |

4.2. SIGNOS Segundo control

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |

| 5. COMPLICACIONES | MIN | 20 MIN | ESPECIFIQUE | |
|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|-----------|
| | DOLOR EN DE PUNCION | | MIALGIA | HINCHAZON |
| CEFALEA | ESCALOFRIO | ALERGIA | MALESTAR GENERAL | |
| ARTRALGIA | VOMITO | ENROJECIMIENTO | OTROS | |
| MIALGIA | NAUSEAS | SHOCK ANAFILACT'CO | | |

NO

7. TRASLADO

| EMERGENCIA | HOSPITALIZACION | OBSERVACION | ALTA MEDICA |
|------------|-----------------|-------------|-------------|
| | | | |

8. CONDICIONES DE ALTA

| | | | |
|----------------|---------------|-------------------|----------------|
| FECHA DE SAUDA | HORA DE SAUDA | FIRMA Y SELLO DEL | PROFESIONAL DE |
| | | | |

SALUD