MENDOZA GOBIERNO Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes

Planilla oficial de acciones de bloqueo casos sospechoso de sarampión - Departamento Provincial de Inmunizaciones

Nombre y Apellido del caso sospechoso de sarampión……..

Domicilio…….……..Fecha del Bloqueo …….

Número de casa (enumerar de manera correlativa las casas visitadas)	Nombre y Apellido	Edad	Tiene esquema completo de vacunación con SR o SRP acorde a la edad. (marque con una X lo que corresponda)		En caso de no tener esquema de vacunación completo para la edad ¿Se vacuna? (marque con una X lo que corresponda)	
			SI	NO	SI	NO