MENDOZA GOBIERNO
Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes

Ficha Acciones de Bloqueo ante caso de Enfermedad Febril Exantemática

Fecha de realización:

Personal que realiza las acciones de bloqueo:

.....

.....

Nombre y Apellido del contacto	Edad	¿Tiene esquema de vacunación completo con SR o SRP de acuerdo a la edad? (marque con una X)		En caso de no tener esquema completo ¿se vacuna? (marque con una X)		Observaciones
		si	no	si	no	