|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MICS logo ALL | Formulario de registros de vacunaciones en el centro de salud  Nombre y año de la encuesta | | |  | | |
| PANEL DE INFORMACIÓN de NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS Hf | | | | | | |
| Este formulario deberá adjuntarse al CUESTIONARIO PARA NIÑOS/AS MENORES DE CINCO para cada niño/a. | | | | | | |
| **HF1**. *Número de conglomerado:* \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | | **HF2**. *Número de hogar:* \_\_\_ \_\_\_ | | | | |
| **HF3**. *Nombre y número de línea del niño/a:*  NOMBRE \_\_\_ \_\_\_ | | **HF4**. *Nombre y número de línea de la madre/ cuidadora:*  NOMBRE \_\_\_ \_\_\_ | | | | |
| **HF5**. *Nombre y número del personal de campo que procede con los registros en el centro de salud:*  NOMBRE \_\_\_ \_\_\_ | | **HF6**. *Nombre y número de la entrevistadora:*  NOMBRE \_\_\_ \_\_\_ | | | | |
| **HF7**. *Día / Mes / Año de visita al centro:*  \_\_\_ \_\_\_ /\_\_\_ \_\_\_ / 2 0 1 \_\_\_ | | **HF8**. Anote la hora: | Horas | | : Minutos | |
| \_\_ \_\_ | | : \_\_ \_\_ | |
| **HF9**. *Día, mes y año de nacimiento del niño/a: Copie de UB2 en el Módulo de ANTECEDENTES DEL NIÑO/A MENOR DE CINCO del CUESTIONARIO de NIÑOS/AS MENORES DE CINCO*  \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / 2 0 1 \_\_\_ | | **HF10**. *Escriba el nombre del centro de salud:* | | | | *⇨HF11* |

|  |  |
| --- | --- |
| **HF15**. *Resultado de la visita al centro de salud* | registros disponibles en el centro  copiados 01  No copiados  (*especifique*) 02  registros no disponibles en el centro  (*especifique*) 03  Otro (*especifique*) 96 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| inmunización | | | HF | | | | | | | | |
| **HF11**. *Registre el día, mes y año de nacimiento, tal como consta por escrito en el registro/ tarjeta de vacunación:* | | \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / 2 0 1 \_\_\_ | | | | | | | | |  |
| **HF12**.   1. Copie las fechas para cada vacuna de los documentos. 2. Anote ‘44’en la columna “día” si los documentos muestran que se administró la vacuna pero no se indica la fecha. | | fecha de inmunización | | | | | | | | |  |
| Día | | | Mes | | año | | | |
| BCG | BCG |  | |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| HepB (al nacer) | HepB0 |  | |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Polio (OPV) (al nacer) | OPV0 |  | |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Polio (OPV) 1 | OPV1 |  | |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Polio (OPV) 2 | OPV2 |  | |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Polio (OPV) 3 | OPV3 |  | |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Polio (IPV) | IPV |  | |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Pentavalente (DPTHibHepB) 1 | Penta1 |  | |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Pentavalente (DPTHibHepB) 2 | Penta2 |  | |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Pentavalente (DPTHibHepB) 3 | Penta3 |  | |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Neumocócica (conjugada)1 | PCV1 |  | |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Neumocócica (conjugada) 2 | PCV2 |  | |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Neumocócica (conjugada) 3 | PCV3 |  | |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Rotavirus 1 | Rota1 |  | |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Rotavirus 2 | Rota2 |  | |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Rotavirus 3 | Rota3 |  | |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| MMR | MMR |  | |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Fiebre amarilla | YF |  | |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| **HF13**. *Para cada vacuna no registrada, escriba ‘00’ en la columna del día.* | |  | | | | | | | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HF14**. *Anote la hora.* | Horas y minutos \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ | *⇨HF15* |

|  |
| --- |
| **Observaciones del recolector de datos** |
|  |

|  |
| --- |
| **Observaciones del supervisor/a** |
|  |