

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD

CAPTURA DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DE LOS ESTUDIANTES

Nombre: _____

Domicilio Local: Calle _____ No. _____ Col. _____

Municipio _____

Teléfono Dom. _____ Cel. _____ e-mail _____

Domicilio Foráneo: _____

Tel. Foráneo con lada: _____

Entregó Copia de Cartilla de Vacunación: SÍ _____ NO _____

Entregó Carta de Buena Salud: SÍ _____ NO _____

TABLA DE VACUNACIÓN

HEPATITIS 1ª. Dosis	Fecha
HEPATITIS 2ª. Dosis	Fecha
TÉTANOS 1a. Dosis	Fecha
TÉTANOS 2a. Dosis	Fecha
SARAMPIÓN (SR)	Fecha
RUBEOLA (SR)	Fecha
BCG (Tb)	Fecha
PAPERAS (DPT)	Fecha

DRA. ANA MARÍA GARZA GARZA

Coordinación de Atención a la Salud