Formulario

REGISTRO DE VACUNACIÓN PARA LA MUJER DE 15 A 49 AÑOS Y OTROS GRUPOS

Código
FOR-SIGSA-5b
Versión
2.1
Vigente a partir de:
01/12/2016

Área de Salud: **Distrito de Salud:** **Municipio:**

Responsable de la Información: **Cargo:** **Firma:** **Año:**

No. Orden	Nombres y apellidos del paciente	CUI Código Único de Identificación	**1/** Sexo	**2/** Pueblo	**3/** Comunidad lingüística	**4/** Fecha de nacimiento o edad			**5/** Discapacidad	**6/** Orientación Sexual	**7/** Escolaridad	**8/** Profesión u oficio o condición	**Residencia**		**9/** Agrícola Migrante	**10/** Embarazada?	**Mujer de 15 a 49 años**					**Otros grupos**				
																	T.d.a. Toxoide tetánico diftérico para adulto					T.d.a. Toxoide tetánico diftérico para adulto				
						Día (s)	Mes (es)	Año (s)					Comunidad y/o dirección exacta	Municipio			1a.	2a.	3a.	R1	R2	1a.	2a.	3a.	R1	R2

1/ Sexo:
M = Masculino
F= Femenino

2/ Pueblo:
1 Mestizo, Ladino
2 Maya
3 Garífuna
4 Xinca
5 Otros
6 No indica

3/ Comunidad lingüística: Si es pueblo 2 (Maya):
1. Achi'
2 Akateka
3 Awakateka
4 Ch'orti'
5 Chalchiteka
6 Chuj
7 Itza'
8 Ixil
9 Jakalteka
10 Kaqchikel
11 K'iche'
12 Mam
13 Mopan
14 Poqomam
15 Pocomchi'
16 Q'anjob'al
17 Q'eqchi'
18 Sakapulteka
19 Sipakapensa
20 Tektiteka
21 Tz'utujil
22 Uspanteka
23 No indica

4/ Fecha de nacimiento o edad
Fecha de nacimiento:
Registre la fecha de nacimiento en formato dd/mm/aaaa.
Edad:
Estas casillas son excluyentes:
Si el fallecido era menor de un mes, anotar la edad en días.
Si el fallecido era menor de un año, anotar la edad en meses.
Si el fallecido era mayor de un año, anotar la edad en años.

5/ Discapacidad:
0. No aplica
1 Física
2 Mental
3 Visual
4 Auditiva
5 Otro

6/ Orientación Sexual
0 No aplica
1 Heterosexual
2 Bisexual
3 Homosexual
4 Trans
5 Otro

7/ Escolaridad:
0. No aplica
1 Pre Primaria
2 Primaria
3 Básicos
4 Diversificado
5 Universidad
6 Ninguno
7 Otro

8/ Profesión u oficio o condición:
0 No aplica
1 Ama de Casa
2 Mujer Trabajadora Sexual
3 Hombre trabajador sexual
4 Persona Privada de Libertad
5 Joven en riesgo social
6 Uniformados
7 Migrantes
8 Otros

9/ Agrícola Migrante: ☐
Si es trabajador agrícola migrante marque con una "X".

10/ Embarazada: ☐
Si la paciente está embarazada marque con una "X".