



Formulario

REGISTRO DE VACUNACIÓN EN OTROS GRUPOS DE POBLACIÓN

Código FOR-SIGSA-5bA
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?	Criterios de selección según vacuna administrada				
						Comunidad y/o dirección exacta	Municipio	11/ Nombre de vacuna					12/ Grupo prioritario (escribir código según instructivo, en la parte posterior de la hoja)	Fecha administración dosis (dd/mm/aaaa)			13/ Dosis				
TOTAL																					

1/ Sexo: M = Masculino F = Femenino	2/ Pueblo: 1 Mestizo, Ladino 2 Maya 3 Garifuna 4 Xinca 5 Otros 6 No indica	3/ Comunidad lingüística: Si es pueblo 2 (Maya): 1. Achi' 10 Kaqchikel 19 Sipakapensa 2 Akateka 11 K'iche' 20 Tektiteka 3 Awakateka 12 Mam 21 TZ'utujil 4 Chi'orti' 13 Mopan 22 Uspanteka 5 Chalchitaka 14 Poqomam 23 No indica 6 Chuj 15 Pocomchi' 7 Itza' 16 Q'anjob'al 8 Ixil 17 Q'eqchi' 9 Jakaltek 18 Sakapulteka	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 Básico 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: <input type="checkbox"/> Si es trabajador agrícola migrante marque con una "X". 10/ Embarazada: <input type="checkbox"/> Si la paciente está embarazada marque con una "X".	11/ Nombre de vacuna: 1. Vacuna contra Hepatitis "B" 2. Vacuna contra Influenza 3. Otras vacunas cuando se incorporen. 12/ Grupo prioritario Según vacuna administrada verificar código. 13/ Dosis: Según vacuna administrada.
--	---	---	---	--	--	--	---	--	---

Nota: Registre la fecha, según antecedente vacunal (iniciar, continuar o completar esquema).
Recuerde: La vacuna contra Influenza en niñas y niños de 6 a menores de 36 meses de edad, debe registrarse en el SIGSA 5a.

Seleccionar una de las vacunas:

Nombre vacuna: Hepatitis "B" (1)	
Código	Grupos prioritarios:
1.a	Personal de salud con mayor riesgo laboral en contacto con fluidos
1.b	Personal de salud con accidente laboral
1.c	Estudiante de Medicina (un año previo a práctica)
1.d	Estudiante de Odontología (un año previo a práctica)
1.e	Estudiante de Químico Biólogo/Laboratorista (un año previo a práctica)
1.f	Estudiante de Enfermería profesional o auxiliar (un año previo a práctica)
1.g	Estudiante de Bachillerato en medicina (un año previo a práctica)
1.h	Personal que traslada pacientes a hospitales (cuerpos de socorro)
1.i	Pacientes víctimas de violencia sexual
Fecha administración dosis:	
Dosis:	
1ra. Dosis:	
2da. dosis	
3ra. Dosis	

Nombre de vacuna: Influenza (2)	
Código	Grupos prioritarios:
2.a	Embarazadas
2.b	Personal de salud con mayor riesgo laboral en contacto con fluidos corporales (red de servicios del MSPAS)
2.c	Enfermos crónicos mayores de 36 meses de edad (3 años de edad)
2.d	Adultos mayores a partir de 60 años y mas internados en asilos
2.e	Personal que atiende al adulto mayor en los asilos
2.f	Personal que traslada pacientes a hospitales (cuerpos de socorro)
2.g	Estudiante de Medicina (un año previo a práctica)
2.h	Estudiante de Odontología (un año previo a práctica)
2.i	Estudiante de Químico Biólogo/Laboratorista (un año previo a práctica)
2.j	Estudiante de Enfermería profesional o auxiliar (un año previo a práctica)
2.k	Estudiante de Bachillerato en medicina (un año previo a práctica)
Fecha administración dosis:	
Dosis: Única dosis	

Nota: Se pueden administrar una o ambas vacunas según grupo prioritario, pero los campos se seleccionaran según el nombre de la vacuna seleccionada.