



Gobierno de
México

Salud
Secretaría de Salud



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

COMPROBANTE DE VACUNACIÓN

JURISDICCIÓN SANITARIA _____

CENTRO DE SALUD _____

NOMBRE _____

EDAD _____ FECHA DE APLICACIÓN _____

VACUNA _____

NOMBRE DEL VACUNADOR _____



Gobierno de
México

Salud
Secretaría de Salud



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

COMPROBANTE DE VACUNACIÓN

JURISDICCIÓN SANITARIA _____

CENTRO DE SALUD _____

NOMBRE _____

EDAD _____ FECHA DE APLICACIÓN _____

VACUNA _____

NOMBRE DEL VACUNADOR _____



Gobierno de
México

Salud
Secretaría de Salud



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

COMPROBANTE DE VACUNACIÓN

JURISDICCIÓN SANITARIA _____

CENTRO DE SALUD _____

NOMBRE _____

EDAD _____ FECHA DE APLICACIÓN _____

VACUNA _____

NOMBRE DEL VACUNADOR _____



Gobierno de
México

Salud
Secretaría de Salud



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

COMPROBANTE DE VACUNACIÓN

JURISDICCIÓN SANITARIA _____

CENTRO DE SALUD _____

NOMBRE _____

EDAD _____ FECHA DE APLICACIÓN _____

VACUNA _____

NOMBRE DEL VACUNADOR _____



Gobierno de
México

Salud
Secretaría de Salud



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

COMPROBANTE DE VACUNACIÓN

JURISDICCIÓN SANITARIA _____

CENTRO DE SALUD _____

NOMBRE _____

EDAD _____ FECHA DE APLICACIÓN _____

VACUNA _____

NOMBRE DEL VACUNADOR _____



Gobierno de
México

Salud
Secretaría de Salud



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

COMPROBANTE DE VACUNACIÓN

JURISDICCIÓN SANITARIA _____

CENTRO DE SALUD _____

NOMBRE _____

EDAD _____ FECHA DE APLICACIÓN _____

VACUNA _____

NOMBRE DEL VACUNADOR _____



Gobierno de
México

Salud
Secretaría de Salud



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

COMPROBANTE DE VACUNACIÓN

JURISDICCIÓN SANITARIA _____

CENTRO DE SALUD _____

NOMBRE _____

EDAD _____ FECHA DE APLICACIÓN _____

VACUNA _____

NOMBRE DEL VACUNADOR _____



Gobierno de
México

Salud
Secretaría de Salud



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

COMPROBANTE DE VACUNACIÓN

JURISDICCIÓN SANITARIA _____

CENTRO DE SALUD _____

NOMBRE _____

EDAD _____ FECHA DE APLICACIÓN _____

VACUNA _____

NOMBRE DEL VACUNADOR _____