



## Programa de Vacunación Universal

“Recado Domiciliario”

Sr. (a) Padre de familia con domicilio

Calle y número \_\_\_\_\_ colonia \_\_\_\_\_ alcaldía \_\_\_\_\_ sector \_\_\_\_\_  
AGEB \_\_\_\_\_ manzana \_\_\_\_\_

Informo a usted que acudió a su domicilio personal de salud para verificar que sus hijas (os) tengan todas sus vacunas y no lo encontramos el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_ horas. para la aplicación de vacuna:

SRP ( ) DPT ( ) PENTAVALENTE ( ) ANTIRROTAVIRUS ( ) ANTINEUMOCOCCICA ( ) ANTIINFLUENZA ( )

BCG ( ) ANTIHEPATITIS B ( ) SR ( ) VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO ( ) HEXAVALENTE ( )

OTRA ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

Lo invitamos a que acudan a la brevedad con sus hijas (os) y su Cartilla Nacional de Salud al:

Centro de Salud \_\_\_\_\_ ubicado en \_\_\_\_\_

Con el horario de \_\_\_\_\_ los días \_\_\_\_\_

Teléfono del Centro de Salud \_\_\_\_\_

Le recordamos que es importante que sus hijas (os) tengan el esquema de vacunación completo y oportuno de acuerdo con las fechas indicadas en la Cartilla Nacional de Salud, esto para evitar posibles enfermedades, las cuales podemos prevenir a través de las vacunas.

También le recordamos que, de no vacunarlos a tiempo, el esquema de vacunación quedara incompleto y sus hijas (os) puede no estar protegido correctamente.

Atentamente

Nombre \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Centro de Salud \_\_\_\_\_



## Programa de Vacunación Universal

“Recado Domiciliario”

Sr. (a) Padre de familia con domicilio

Calle y número \_\_\_\_\_ colonia \_\_\_\_\_ alcaldía \_\_\_\_\_ sector \_\_\_\_\_  
AGEB \_\_\_\_\_ manzana \_\_\_\_\_

Informo a usted que acudió a su domicilio personal de salud para verificar que sus hijas (os) tengan todas sus vacunas y no lo encontramos el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_ horas. para la aplicación de vacuna:

SRP ( ) DPT ( ) PENTAVALENTE ( ) ANTIRROTAVIRUS ( ) ANTINEUMOCOCCICA ( ) ANTIINFLUENZA ( )

BCG ( ) ANTIHEPATITIS B ( ) SR ( ) VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO ( ) HEXAVALENTE ( )

OTRA ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

Lo invitamos a que acudan a la brevedad con sus hijas (os) y su Cartilla Nacional de Salud al:

Centro de Salud \_\_\_\_\_ ubicado en \_\_\_\_\_

Con el horario de \_\_\_\_\_ los días \_\_\_\_\_

Teléfono del Centro de Salud \_\_\_\_\_

Le recordamos que es importante que sus hijas (os) tengan el esquema de vacunación completo y oportuno de acuerdo con las fechas indicadas en la Cartilla Nacional de Salud, esto para evitar posibles enfermedades, las cuales podemos prevenir a través de las vacunas.

También le recordamos que, de no vacunarlos a tiempo, el esquema de vacunación quedara incompleto y sus hijas (os) puede no estar protegido correctamente.

Atentamente

Nombre \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Centro de Salud \_\_\_\_\_