



FICHA DE LA PERSONA GESTANTE HBsAg positiva

APLICACIÓN DE INMUNOGLOBULINA HIPERINMUNE (HBIG) A LA PERSONA RECIÉN NACIDA

Jurisdicción:.....
Dpto. Región:.....
Establecimiento:

1- DATOS DE PERSONA GESTANTE HBsAg-positiva

Apellido y nombre:
Laboratorio que expidió resultado de positividad:
Profesional:
Lugar y fecha:

2- DATOS DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA

Apellido y nombre:
Fecha de nacimiento: /..... / Hora:..... Peso:
Establecimiento:

APLICACIÓN DE HBIg

Fecha:/...../..... Hora:
Establecimiento:
Lote N°..... Fecha de vencimiento:/...../.....

APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B

Fecha:/...../..... Hora:
Establecimiento:
Lote N°..... Fecha de vencimiento:/...../.....

Observaciones:
.....
.....

3 – DATOS DEL o DE LA PROFESIONAL RESPONSABLE

Apellido y nombre:
Cargo o función:
Teléfono de contacto:
Lugar y fecha: