



APLICACION DE INMUNOGLOBULINA HEPATITIS B (IgHB)
a RECIEN NACIDO de madre HBsAg positiva

PROVINCIA :..... DPTO./REGIÓN:.....

ESTABLECIMIENTO:.....

1) DATOS DE LA MADRE HBsAg -positiva

Apellido y nombre:Edad:

Lugar de residencia de la madre - Localidad:.....

Dpto./Región:Provincia:

Laboratorio que expidió resultado de positividad:

.....Profesional:.....

Lugar y fecha de resultado:

2) DATOS DEL RECIEN NACIDO

Apellido y nombre:

Fecha de nacimiento:..... Hora:.....

Establecimiento:

Aplicación de IgHB:

Fecha:..... Hora:..... Establecimiento:

Lote N°: Fecha de vencimiento.....

Aplicación de la Vacuna Antihepatitis B

Fecha:..... Hora:..... Establecimiento:.....

Observaciones:.....

3) DATOS MEDICO ACTUANTE:

Apellido y nombre:

Cargo o función:

Lugar y fecha: