



**CONCENTRADO DE BECARIOS PARA LA APLICACIÓN DE VACUNA  
DIRECCIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL**

**CENTRO DE ATENCIÓN INFANTIL \_\_\_\_\_**

No. Expediente	Nombre del Becario	Sala	Biológico a emplear de acuerdo a la edad	Fecha de Aplicación	Autorización del Padre de Familia o Tutor

Responsible del Area Médica
-----------------------------

Enfermera del Area Médica
---------------------------