

ESPAÑOL

HOLA, SOY LA ENFERMERA



**Fecha
Nacimiento**

¿Tiene más hijos?



**¿Alguna enfermedad?
¿Toma medicación?**



¿Alergia al huevo?



**¿Tiene
cartilla
de
vacunación?**



**¿Dirección
de
su vivienda?
¿Teléfono?**



Reacción de las vacunas anteriores:

¿Fiebre alta?



¿Convulsiones?



enero

febrero

marzo

abril

mayo

junio

julio

agosto

septiembre

octubre

noviembre

diciembre

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30
31

**Prueba del talón:
(5 a 7 días nacimiento)**



Voy a poner la vacuna en:



Brazo

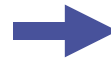


Pierna

CONSEJOS TRAS LA VACUNACIÓN: ZONA DEL INYECTABLE



**SI ESTÁ
ENROJECIDA**



**PAÑO
FRIO**



**SI ESTÁ
INFLAMADA
Y
NO CALIENTE**



**PAÑO
CALIENTE**



SOLICITAR:

**CERTIFICADO
DE VACUNACIÓN**

**PRÓXIMA CITA
PARA LA VACUNA**

ESTÁ BIEN

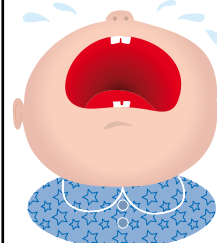
SI

NO

SI TIENE FIEBRE



**BAÑAR EN AGUA TIBIA
(NUNCA FRÍA)
DAR LIQUIDOS
TOMAR PARACETAMOL
O IBUPROFENO
CADA 8 HORAS**



**PUEDA ESTAR
IRRITABLE,
CON SUEÑO.**

**NO TE
PREOCUPES**