

DEPARTAMENTO DE SALUD
Oficina Central para Asuntos del SIDA
y Enfermedades Transmisibles (OCASET)

VIH SIDA Tuberculosis Epidemiología Inmunización Enfermedades de Transmisión Sexual CLETS

Fecha: _____

Certificado de Visita para Inmunización

Por la presente certifico que la información aquí provista es fiel y exacta. La misma confirma la visita a la clínica de inmunización del siguiente servidor público. En virtud de la orden administrativa #09-93 del Gobernador de Puerto Rico, Hon. Pedro Rosello, del 8 de abril de 1993, que concede dos (2) horas del horario de trabajo sin cargo a licencia regular ni de enfermedad a los del sector público, indicamos lo siguiente:

Nombre del Empleado: _____
Agencia: _____
Fecha de Visita: _____
Hora de Llegada: _____
Hora de Salida: _____
Nombre del niño(a): _____

Clínica de Inmunización

Nombre de la Enfermera

Teléfono de la Clínica

Firma de la Enfermera