

**MODELO DE SOLICITUD INDIVIDUAL DE VACUNAS
PARA GRUPOS DE RIESGO
(febrero 2023)**

	VACUNA SOLICITADA	Nº DE DOSIS
<input type="checkbox"/>	ANTI-MENINGOCÓCICA CONJUGADA ACWY	
<input type="checkbox"/>	ANTI-MENINGOCÓCICA B	
<input type="checkbox"/>	ANTI-NEUMOCÓCICA CONJUGADA 13 V (VNC13)	
<input type="checkbox"/>	ANTI-NEUMOCÓCICA POLISACARIDA 23 V (VNP23)	
<input type="checkbox"/>	ANTI-NEUMOCÓCICA CONJUGADA 20 V (VNC20)	
<input type="checkbox"/>	HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B (Hib)	
<input type="checkbox"/>	HEPATITIS A	
<input type="checkbox"/>	HEPATITIS B	
<input type="checkbox"/>	HERPES ZOSTER	
<input type="checkbox"/>	VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	
<input type="checkbox"/>	VACUNA FRENTE A LA VIRUELA DEL MONO (MPX)	

IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE LA/S VACUNA/S:

Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____

CIAS/Nº Colegiado: _____

Centro de Trabajo: _____ Teléfono de contacto: _____

Firma/sello: _____ Fecha de la prescripción: ___/___/___

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: CIP/NIF: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____

PATOLOGÍA QUE JUSTIFICA LA INDICACIÓN DE LA VACUNA: detallar la patología motivo de inclusión en los grupos de riesgo establecidos para recibir la vacunación (indicar todas las aplicables):

Se recuerda que las dosis de vacunas suministradas por el Programa de Vacunaciones desde los Servicios Territoriales de Sanidad a los centros sanitarios:

1. **Se emplearán exclusivamente en la población definida como grupos de riesgo.**
2. **Toda vacuna administrada deberá registrarse correctamente señalando la indicación específica.**
3. **Los puntos 1 y 2 podrán ser comprobados en cualquier momento por la Dirección General de Salud Pública.**

Enviar al Servicio Territorial de Sanidad de la provincia