



**PROGRAMA DE VACUNACIONES DE CASTILLA Y LEÓN
EN GRUPOS DE RIESGO**

MODELO DE SOLICITUD INDIVIDUAL (julio 2022)

	VACUNA SOLICITADA	Nº DE DOSIS
<input type="checkbox"/>	ANTI-MENINGOCÓCICA 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"/>	DIFTERIA- TÉTANOS- TOSFERINA de baja carga (dTpa)	
<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"/>	VARICELA	
<input type="checkbox"/>	VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	
<input type="checkbox"/>	ROTAVIRUS	

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.*