



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

**MODELO DE SOLICITUD INDIVIDUAL (Septiembre 2019)**

|                          | 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)                   |             |
|                          |   |             |

**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.**