



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

**MODELO DE SOLICITUD INDIVIDUAL (octubre 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.