

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE VACUNA ANTI SARS-CoV-2 PARA NODRIZAS

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO	
Región:	Comuna:
Establecimiento:	
Fecha de solicitud:	

DATOS DEL PACIENTE	
Nombre completo:	
Rut:	Fecha de parto:
Lactancia: SI/NO	Proyección duración de lactancia:
<b>Condición de riesgo para indicación de vacuna:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>* Labores la exponen a riesgo aumentado de infección _____</li><li>* Desarrolla función crítica _____</li><li>* Presencia de patología crónica _____</li></ul>	
Fecha de reingreso al trabajo presencial:	

INDICACIÓN DEL MEDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE