



ESTRATEGIA CAPULLO

FORMULARIO DE SOLICITUD DE VACUNA ANTI SARS-CoV-2 EN CUIDADORES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS INMUNOCOMPROMETIDOS

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

DATOS DEL PACIENTE	
Nombre completo:	
Rut:	Fecha de nacimiento:
Edad:	Sexo: M () F ()
Condición o patología:	

N°	NOMBRE DEL CUIDADOR(A) *	RUT	EDAD **
1			
2			
3			
4			

NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

(*) Promedio 4 personas por paciente.

(**) A partir de los 16 años de edad, según aprobación de vacunas en Chile.