

FORMULARIO DE CONSEJERÍA: VACUNA ANTI SARS-CoV-2 PARA EMBARAZADAS

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

| DATOS DE LA PACIENTE | |
|--|-------------------|
| Nombre completo: | |
| Rut: | Edad gestacional: |
| Condición para indicación de vacuna: <ul style="list-style-type: none">* Presencia de patología crónica -----* Labores que exponen a riesgo aumentado de infección -----* Embarazo normal ----- | |

| INDICACIÓN |
|--|
| |

NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE