



FORMULARIO DE SOLICITUD DE VACUNACIÓN CONTRA SARS-COV-2

**PARA CUIDADOR(A)/CONTACTO FAMILIAR DE PACIENTES PEDIÁTRICOS
INMUNOCOMPROMETIDOS O EN TERAPIA INMUNOSUPRESORA**

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

(*) Máximo 4 personas por paciente.

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