

SOLICITUD PARA VACUNAS

*Afiliado Titular: _____

*Paciente: _____ *Edad : _____

Legajo N°: _____ Teléfono: _____

*Obra Social: _____

*Nombre comercial de la vacuna: _____

*Cantidad de **dosis** e **intervalo** de la aplicación: _____

COMPLETAR SÓLO SI LA VACUNA **ESTÁ** EN EL **CALENDARIO** NACIONAL DE VACUNACIÓN

- Es una dosis extra: Si No
- Es el esquema completo: Si No
- Es aplicada fuera del rango etario o época del año: Si No
- Otra causa: _____

*Historia clínica que justifique su aplicación: _____

*** CAMPOS OBLIGATORIOS**

La Plata: _____

Firma y Sello del Profesional

USO INTERNO

Informe Área Prestaciones y Salud _____

La Plata: _____

Firma y Sello Responsable de Área