



VACUNACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

El Centro de Vacunación Internacional del Hospital:

.....

INFORMA:

Que como motivo de su viaje a (destino/s)
 se recomienda a D/Dña

las vacunas señaladas:

TIPO VACUNA	
TÉTANOS DIFTERIA adulto	<input type="checkbox"/>
TRIPLE VÍRICA (1ª dosis)	<input type="checkbox"/>
TRIPLE VÍRICA (2ª dosis)	<input type="checkbox"/>
HEPATITIS B adulto (1ª dosis)	<input type="checkbox"/>
HEPATITIS B adulto (2ª dosis)	<input type="checkbox"/>
HEPATITIS B adulto (3ª dosis)	<input type="checkbox"/>
HEPATITIS A adulto (1ª dosis)	<input type="checkbox"/>
HEPATITIS A adulto (2ª dosis)	<input type="checkbox"/>
POLIO INACTIVADA (VPI) (1ª dosis)	<input type="checkbox"/>
POLIO INACTIVADA (VPI) (2ª dosis)	<input type="checkbox"/>
GRIPE	<input type="checkbox"/>

Las dosis administradas deben ser registradas en la historia clínica de atención primaria.

Otras recomendaciones:

.....

.....

Firma y sello