



1ª sección: identificación de la persona
(Se llenará previo a que la persona reciba la vacuna)

Fecha de la vacunación

D	D	M	M	A	A

--	--	--

Nombre(s)

Primer apellido

Segundo apellido

Fecha de nacimiento

CURP (Clave única de registro de población)

D	D	M	M	A	A

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CLUES

Entidad

Localidad

Comorbilidades

La persona a ser vacunada vive con:

	Sí	No
VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sí	No
Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer en tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inmunosupresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿La persona a ser vacunada ha recibido en los últimos 30 días alguna de las siguientes vacunas?

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otra vacuna

2ª sección: datos de localización de la persona
(Se llenará durante el período de observación de la persona ya vacunada)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Teléfono celular

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Otro teléfono de contacto

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Correo electrónico

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Domicilio

Código postal

Calle

Número exterior

Número int.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Entidad

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Municipio

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Localidad

Fecha de aplicación de la segunda dosis

D	D	M	M	A	A