



## 1<sup>a</sup> sección: identificación de la persona (Se llenará previo a que la persona reciba la vacuna)

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	Sí	No
VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Asma	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer en tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC	<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

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	

## 2<sup>a</sup> sección: datos de localización de la persona (Se llenará durante el período de observación de la persona ya vacunada)