

FORMULARIO DE VACUNACIONES

Antes de iniciar la pasantía es responsabilidad de cada alumno comprobar que ha recibido las vacunas aconsejadas frente al sarampión, parotiditis, rubeola, difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, hepatitis B, varicela, meningococo y haberse realizado la prueba cutánea de la tuberculina. Cada alumno deberá estar en posesión del documento que acredite dicha situación en el momento de comenzar la pasantía.

Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| SARAMPIÓN, RUBELO, PAROTIDITIS (SRP)  Es preciso comprobar la positividad en las pruebas serológicas (adjuntar copia del informe). No es válido el antecedente de haber sufrido la enfermedad. | Título positivo SARAMPIÓN:  \_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Título positivo RUBEOLA:  \_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Título positivo PAROTIDITIS:  \_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| Se puede indicar la fecha de la vacunación pero esto no sustituye el requerimiento de adjuntar copia del informe de la serología. | Fecha SRP#1: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Fecha SRP#2: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Sarampión #1 Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Sarampión #2 Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Rubeola Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Parotiditis Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| TETANOS, DIFTERIA, TOSFERINA. | Tetanos Difteria (refuerzo)  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Tetanos solo  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Difteria solo  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Tetanos difteria y tosferina  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| HEPATITIS B | Fechas de administración:  #1 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  #2 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ #3 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Título de anticuerpos: \_\_\_\_\_\_  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Resultado:  ( )POSITIVO (Anticuerpos presentes)  ( )NEGATIVO (Anticuerpos ausentes) |
| PRUEBA CUTÁNEA TUBERCULINA  (A partir de enero 2010. Pasar a----)  No es necesario realizar la prueba si:   1. Se recibió la vacuna BCG en la infancia. Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 2. Si la prueba realizada antes del año 2010 es compatible con TB latente.   Tipo y fecha:  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  #mm de induración: \_\_\_\_  Es preciso presentar el informe del estudio radiológico de tórax y la fecha de realización:  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Tratamientos antibióticos seguidos (si existieran) y fechas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tipo:  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  #mm de induración: \_\_\_\_\_\_  ( ) NEGATIVA  ( ) Compatible con TB latente  Si es compatible con TB latente es preciso presentar el informe del estudio radiológico de tórax y la fecha de realización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Tratamientos antibióticos seguidos (si existieran) y fechas: |
| VARICELA  Positividad de las pruebas serológicas o documentación de la administración de la vacuna. | Título positivo varicela:  Fecha:  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Vacuna #1 Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Vacuna #2 Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| MENINGOCOCO | Tipo: ( ) Polisacáridos serogroup. A y C  Tipo: ( ) Polisacáridos serogroup. A,C, Y y W135  Tipo: ( ) Conjugada serogroup C  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/ |
| POLIO (opcional) | Salk: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_  Sabin: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ |

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sello