



**Declaración de Información Recibida de
requisitos y recomendaciones de vacunación previa a la realización de las
Prácticas Clínicas (pasantías).**

En la tabla que se adjunta como Anexo I, y que forma parte del presente documento, se expresan de manera explícita los requerimientos aconsejados por la Facultad de Medicina para que los alumnos estén informados por su propia seguridad y la de los pacientes.

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

En ningún caso se plantea como algo estrictamente obligatorio, no obstante, al tratarse de medidas preventivas es altamente recomendable, quedando bajo la estricta responsabilidad del alumno las consecuencias que de su incumplimiento se pudiesen derivar.

Si por diversos motivos un alumno o alumna tuviera un riesgo añadido por una circunstancia especial (embarazo, enfermedad crónica, tratamientos inmunosupresores, etc.) o bien se encontrase en una situación que implicase que no se cumplen los requerimientos referentes a las inmunizaciones más importantes, deberá ponerlo en conocimiento del Coordinador de Curso o de la Dirección de Estudios para organizar el plan de prácticas de la manera más conveniente.

En cualquier caso, los alumnos habrán de seguir el criterio de su médico responsable y en último término las recomendaciones de las Autoridades Sanitarias correspondientes.

Por la presente **D.** _____
HACE CONSTAR y declara que ha recibido las instrucciones y recomendaciones que establece la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra para la realización de las Prácticas Clínicas, comprendiendo la importancia de las mismas como instrumento preventivo para su propia seguridad y la de los pacientes.

Pamplona, a _____ de _____ de 20__

Firma

Nombre y Apellidos

D.N.I.