



**Declaración de información recibida
de requisitos y recomendaciones de vacunación previa
a la realización de las Prácticas Clínicas (pasantías)**

Antes de iniciar la pasantía es responsabilidad de cada alumno comprobar que ha recibido la pauta de vacunación indicada frente al sarampión, parotiditis, rubéola, difteria, tétanos, tosferina, poliomielitis, hepatitis B, meningitis meningocócica y COVID-19, así como haberse realizado la prueba cutánea de la tuberculina (o detección de interferón para M. tuberculosis). Adicionalmente, es recomendable haber recibido la vacuna indicada frente a la varicela, así como recibir anualmente la vacuna frente a la gripe.

Cada alumno deberá estar en posesión de la documentación que acredite dicha situación en el momento de comenzar la pasantía. En la tabla que se adjunta como Anexo I (*Requisitos de vacunación para las pasantías clínicas*) 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, tanto por su propia seguridad como la de los pacientes.

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 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./Dña.** _____
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.

En Pamplona, a _____ de _____ de 20__

Firma

Nombre y Apellidos

D.N.I.



Anexo 1. Requisitos de vacunación para las pasantías clínicas

Apellidos: _____ Nombre: _____

Nº estudiante: _____ Teléfono: _____ Móvil: _____ Email: _____

<p>SARAMPIÓN, RUBEOLA, PAROTIDITIS (SRP). Es preciso comprobar la positividad en las pruebas serológicas (copia del informe). No es válido el antecedente de haber sufrido la enfermedad.</p>	<p>Título positivo SARAMPIÓN: ____ fecha: __/__/__ Título positivo RUBEOLA: ____ fecha: __/__/__ Título positivo PAROTIDITIS: ____ fecha: __/__/__</p>
<p>Se puede indicar la fecha de la vacunación pero esto no sustituye el requerimiento de la serología</p>	<p>fecha SRP#1: __/__/__ fecha SRP#2: __/__/__ fecha Sarampión#1: __/__/__ fecha Sarampión#2: __/__/__ fecha Rubeola: __/__/__ fecha Parotiditis: __/__/__</p>
<p>TETANOS, DIFTERIA, TOSFERINA</p>	<p>TETANOS DIFTERIA (refuerzo) fecha: __/__/__ TETANOS solo fecha: __/__/__ DIFTERIA solo fecha: __/__/__ TETANOS DIFTERIA Y TOSFERINA fecha: __/__/__</p>
<p>HEPATITIS B</p>	<p>Fechas administración: #1 __/__/__ #2: __/__/__ #3: __/__/__ Título de anticuerpos: ____ fecha: __/__/__ Resultado: () POSITIVO (Ac presentes) () NEGATIVO (Ac ausentes)</p>
<p>PRUEBA CUTÁNEA TUBERCULINA</p>	<p>Tipo y 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: _____</p>
<p>COVID-19* *Los alumnos sin la pauta completa deberán seguir el procedimiento establecido vigente para los estudiantes en pasantía.</p>	<p>Tipo y fecha: _____: __/__/__ Tipo y fecha: _____: __/__/__ Tipo y fecha: _____: __/__/__</p>
<p>MENINGOCOCO</p>	<p>Tipo: () Polisacáridos serogrup. A y C Tipo: () Polisacáridos serogrup. A, C, Y y W135 Tipo: () Conjugada serogruo C Fecha: __/__/__</p>

Firma: _____

Fecha: ____/____/____



Anexo 1. Requisitos de vacunación para las pasantías clínicas

VACUNAS RECOMENDADAS

VARICELA Positividad de las pruebas serológicas o documentación de la administración de la vacuna.	Título positivo VARICELA: ____ fecha: __/__/____ Vacuna #1 fecha: __/__/____ Vacuna #2 fecha: __/__/____
--	--

Firma: _____

Fecha: ____/____/____