



CLINICA PRÁCTICA. Pasantía

Antes de iniciar la pasantía, es responsabilidad de cada alumno comprobar que ha recibido as vacunas aconsejadas frente al sarampión, parotiditis, rubéola, difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, hepatitis B, varicela y meningococo, 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.

Nº estudiante: _____ Teléfono: _____ Móvil: _____ mail: _____

Apellidos: _____ Nombre: _____

<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. Se puede indicar la fecha de la vacunación pero esto no sustituye el requerimiento de la serología.</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 A partir enero 2010. Pasar a ->></p> <p>No es necesario realizar la prueba si:</p> <p>a). Se recibió la vacuna BCG en la infancia: fecha __/__/__ ○</p> <p>b). Si la prueba realizada antes del año 2010 es compatible con TB latente.</p> <p>Tipo y fecha: _____: __/__/__ #mm de induración: _____</p> <p>Es preciso presentar el informe del estudio radiológico de tórax y la fecha de realización: __/__/__</p> <p>Tratamientos antibióticos seguidos (si</p>	<p>Tipo y fecha: _____: __/__/__ #mm de induración: _____ () NEGATIVA () Compatible con TB latente</p> <p>Si es compatible con TB latente es preciso presentar el informe del estudio radiológico de tórax y la fecha de realización: __/__/__</p> <p>Tratamientos antibióticos seguidos (si existieran) y fechas: _____ _____</p>

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 serogrup. A y C Tipo: () Polisacáridos serogrup. A, C, Y y W135 Tipo: () Conjugada serogruo C Fecha: __/__/____
POLIO (OPCIONAL)	Salk: _____ Sabin: _____

Fecha: ____/____/____

Firma del médico: _____