



CERTIFICADO MEDICO VACUNA ANTI SARS-CoV-2 PARA EMBARAZADAS

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
Región Sanitaria:	Distrito:
Establecimiento de Salud:	
Fecha de solicitud:	
DATOS DE LA PACIENTE	
Nombre y Apellido completo: _____	
Número de CI: __ __ __ __ __ __ __	Edad (en años): __ __ años
Edad gestacional (en semanas): __ __ semanas	
Condición para indicación de vacuna:	
Presencia de patología crónica	Si No
Diagnóstico: _____	
Personal de Salud	Si No
OBSERVACION	

Firma y sello del Profesional
Gineco Obstetra ó Médico de Familia ú Obstetra