



CERTIFICADO MEDICO

VACUNA ANTI SARS-CoV-2 PACIENTES CON ENFERMEDAD DE BASE

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
Región Sanitaria:	Distrito:
Establecimiento de Salud:	
Fecha de solicitud:	
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre y Apellido completo: _____	
Número de CI: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Edad (en años): _ _ años
Marque las Condiciones para indicación de vacuna:	
<input type="checkbox"/> Obesidad de grado 2 ó 3 (IMC igual o mayor a 35)	
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 o 2 (insulinodependiente y no insulinodependiente)	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Endocrinológica	
<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial Crónica	
<input type="checkbox"/> Cardiopatía crónica: cardiopatía isquémica, Insuficiencia cardíaca, arritmias, valvulopatías, miocardiopatías, portador de marcapasos o cardio desfibrilador	
<input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria crónica: fibrosis quística, hipertensión pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfermedad intersticial pulmonar, asma grave.	
<input type="checkbox"/> Personas cursando una Tuberculosis activa (caso nuevo o recaída, diagnosticados en los últimos 12 meses)	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Oncológica: inicio de tratamiento o en curso, enfermedad metastásica, tratamiento culminado dentro del primer año.	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Reumatológica y Autoinmune	
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica (incluido pacientes en diálisis crónica)	
<input type="checkbox"/> Personas con discapacidad Intelectual y del desarrollo, que les impida mantener las medidas de cuidado personal para evitar el contagio o transmisión de la COVID-19	
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Neurológica Crónica que ocasione discapacidad física y/o intelectual	
<input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia	
<input type="checkbox"/> Paciente trasplantado o en lista de espera	
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática crónica: hepatitis crónica, cirrosis	
Observación:	