



## 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
<b>Marque las Condiciones para indicación de vacuna:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Obesidad (IMC mayor a P 95 o +2DE para la edad)</li><li><input type="checkbox"/> Diabetes</li><li><input type="checkbox"/> Enfermedades endocrinológicas (1)</li><li><input type="checkbox"/> Cardiopatías (2)</li><li><input type="checkbox"/> Neumopatías crónicas (3)</li><li><input type="checkbox"/> Enfermedades onco-hematológicas (4)</li><li><input type="checkbox"/> Enfermedades reumatológicas, autoinmunes, dermatopatías severas y autoinflamatorias (5)</li><li><input type="checkbox"/> Adolescentes con discapacidad Psicosocial y alteraciones del Neurodesarrollo que impidan mantener las medidas del cuidado personal(6)</li><li><input type="checkbox"/> Inmunodeficiencias (7)</li><li><input type="checkbox"/> Enfermedades genéticas, cromosopatías y malformaciones congénitas.(8)</li><li><input type="checkbox"/> Adolescentes trasplantados o en lista de espera</li><li><input type="checkbox"/> Nefropatías crónicas y adolescentes en diálisis</li><li><input type="checkbox"/> Enfermedades gastrointestinales (Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn y hepatopatías crónicas)</li><li><input type="checkbox"/> Embarazada con 20 semanas o más de gestación</li></ul>	
<b>Observación:</b>	

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Profesional



## **ANEXO INFORMATIVO**

### **Lista de Comorbilidades que requieren aplicación de vacunas Anti-Covid 19 en la franja etaria de 12 años y más**

---

- 1.** Enfermedades endocrinológicas: Sx. de Cushing, insuficiencia suprarrenal, hiperplasia suprarrenal congénita, Sx. Metabólico, Sx. ovario poliquístico (con estudio de imagen), raquitismo, osteogénesis imperfecta.
- 2.** Cardiopatías asociadas a malformaciones no resueltas, cardiopatías con repercusión hemodinámica, hipertensión arterial, hipertensión pulmonar, cardiopatías asociadas a trastornos arritmogénicos en tratamiento o bloqueos con marcapasos, miocardiopatías hipertróficas, enfermedad de Kawasaki, cardiopatías congénitas con defectos residuales.
- 3.** Asma en tratamiento de difícil control, fibrosis quística, enfermedad intersticial pulmonar, EPOC, broncodisplasia pulmonar, enfermedades restrictivas (malformaciones severas de la caja torácica), tuberculosis, malformaciones congénitas pulmonares
- 4.** Adolescentes con cáncer y tumores. Esplenectomía, asplenia funcional, anemia hemolítica, anemia aplásica congénita y adquirida, Sx. hemofagocítico, neutropenias, hemofilias, Sx. purpúrico.
- 5.** Lupus, artritis idiopática juvenil, dermatomiositis, esclerodermia, antecedentes de Enfermedad de Kawasaki, otras enfermedades de base autoinmune, Vasculitis, Encefalitis, Hepatitis, Psoriasis, enfermedades ampollares mucocutáneas asociados a trastornos autoinmunes.
- 6.** Encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE), autismo severo, enfermedades neurodegenerativas, con discapacidad psicosocial, epilepsia.
- 7.** Inmunodeficiencias congénitas y adquiridas, Pacientes en tratamiento inmunosupresor con corticoides (más de 1 mes).
- 8.** Sx. Down, Turner, Klinefelter, Prader Willi y otras cromosopatías. Enfermedades de depósito, errores innatos del metabolismo, enfermedades lisosomales