

ANEXO

SOLICITUD VACUNACIÓN COVID-19

NOMBRE:

APELLIDOS:

DEPARTAMENTO:

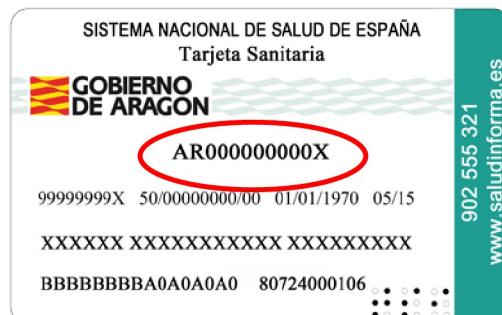
CORREO ELECTRÓNICO:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

D.N.I.:

AR:



¿Ha sido diagnosticado de Covid-19?	SI	NO
En caso afirmativo, ¿se le realizó alguna prueba (PCR / Test de Antígenos)?	SI	NO
¿Se lo notificó a su médico de Atención Primaria?	SI	NO
¿Se ha vacunado anteriormente de Covid-19?	SI	NO