



## **ESTRATEGIA CAPULLO**

### **FORMULARIO DE SOLICITUD DE VACUNA ANTI SARS-CoV-2 EN CUIDADORES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS INMUNOCOMPROMETIDOS**

<b>DATOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
<b>Región:</b>	<b>Comuna:</b>
<b>Establecimiento:</b>	
<b>Fecha de solicitud:</b>	

<b>DATOS DEL PACIENTE</b>	
<b>Nombre completo:</b>	
<b>Rut:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Edad:</b>	<b>Sexo: M ( ) F ( )</b>
<b>Condición o patología:</b>	

<b>N°</b>	<b>NOMBRE DEL CUIDADOR(A) *</b>	<b>RUT</b>	<b>EDAD **</b>
1			
2			
3			
4			

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

(\*) Promedio 4 personas por paciente.

(\*\*) A partir de los 16 años de edad, según aprobación de vacunas en Chile.