

ANEXO 3. Modelo de solicitud de vacunación con HZ/su (Shingrix®) para personas con patologías de riesgo.

DATOS DE LA PERSONA:

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Documento identificativo (DNI/NIE/PAS/CIPR) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono móvil de contacto \_\_\_\_\_

Patología que indica vacunación\* \_\_\_\_\_

DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Servicio y hospital \_\_\_\_\_

Correo electrónico de contacto \_\_\_\_\_

PUESTO DE VACUNACIÓN:

Centro de salud \_\_\_\_\_

Si 1ª dosis hospitalaria, indicar Servicio de Medicina Preventiva \_\_\_\_\_

Firmado:

**\*IMPORTANTE:** A la solicitud, se deberá adjuntar informe actualizado que refleje patología y tratamiento de la persona.