

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.