FORMULARIO DE SOLICITUD DE VACUNACIÓN FRENTE A LA HEPATITIS A

|  |
| --- |
| DATOS DEL PACIENTE |
| **NOMBRE Y APELLIDOS:** |
| **FECHA NACIMIENTO:**       | **NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:**       |
| **CENTRO DE SALUD:**       |
| GRUPO DE RIESGO (Marcar con una x los que correspondan) |
| [ ]  | Viajeros: niños de 1 a 14 años que viajen a países con alta o moderada endemicidad de hepatitis A: África del norte y África subsahariana; sur de Asia (en especial Bangladesh, India, Nepal y Pakistán); países de Medio y Lejano Oriente, excepto Japón; América Central y del Sur. |
| [ ]  | Personas que padecen procesos hepáticos crónicos o hepatitis B o C. |
| [ ]  | Pacientes hemofílicos que reciben hemoderivados o transfusiones múltiples. |
| [ ]  | Pacientes candidatos a trasplante de órganos sólido, especialmente trasplante hepático. |
| [ ]  | Sujetos infectados con el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). |
| [ ]  | Personas con contacto directo con pacientes con hepatitis A. |
| [ ]  | Varones homosexuales que tengan contactos sexuales múltiples. |
| [ ]  | Usuarios de drogas por vía parenteral. |
| [ ]  | Personal que con frecuencia se ve implicado en situaciones de catástrofes (policías, bomberos, personal de las Fuerzas Armadas, personal de protección civil, etc. |
| [ ]  | Personal de laboratorio que manipula virus de la hepatitis A. |
| [ ]  | Personas que trabajan con animales infectados con el VHA. |
| [ ]  | Trabajadores en contacto con aguas residuales no depuradas. |
| [ ]  | Otros |
| Remite documentación adjunta [ ] SI [ ] NO |
| OBSERVACIONES       |
| PERSONAL SANITARIO SOLICITANTE |
| **NOMBRE y APELLIDOS:**       |
| **CENTRO DE SALUD:**      | **FECHA:**       |