



**Ficha de Notificación de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización**  
(completar con letra imprenta legible)

1-Datos del comunicador			
Apellido:	Nombre:	Documento:	
Teléfono:		Mail:	
Establecimiento:			
2-Procedencia del reporte			
Provincia:	Departamento:	Localidad:	
3-Datos del paciente			
Documento:	Apellido:	Nombre:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:	
Documento responsable a cargo:		Teléfono:	
Domicilio:	Provincia:	Localidad:	
4-Condicionen relevantes previas a la vacunación: (marcar con una cruz lo que corresponda)			
Alergias		Enf. Renal Crónica	
Antecedente COVID-19 confirmado por laboratorio		Enfermedades autoinmunes	
Convive con inmunosuprimido		Hipertensión	
Convulsiones		Inmunosupresión/Huespedes especiales	
Desnutrición		Obesidad	
Diabetes		Personal de Salud	
Embarazo		Otros	
Enf. Hepática Crónica		Detallar:	
5- Medicación habitual: (indicar tratamiento farmacológico que se encuentra recibiendo)			
Detallar:			