



**CONSTANCIA DE VACUNACIÓN**

(Recuerde completar de manera legible, en imprenta mayúscula)

(DISPOSICIÓN DIPSEACAD-LUJ: 0000335/21)

APELLIDO/S: .....

NOMBRE/S:.....

DNI:.....FECHA NAC:.....

VACUNA	DOSIS/REFUERZO	
	FECHA	TIPO/MARCA
DOBLE/TRIPLE/ CUÁDRUPLE/ QUÍNTUPLE BACTERIANA (3 dosis +refuerzos cada 10 años)		
HEPATITIS B (3 dosis)		
DOBLE/TRIPLE VIRAL		

FECHA PRÓXIMO REFUERZO DOBLE/TRIPLE BACTERIANA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
FECHA

SELLO INSTITUCIONAL

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL