

**FORMULARIO-SOLICITUD INFORMACIÓN SOBRE  
EL PROCESO DE VACUNACIÓN**

D./Dña ..... DE ..... DE EDAD Y  
CON DNI..... CON DOMICILIO EN CIUDAD O PUEBLO.....  
..... CP..... CALLE .....  
..... PISO ..... ESCALERA ..... LETRA .....

**SOLICITO DE: \*CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE:**

**LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOBRE LA O LAS VACUNAS QUE HE RECIBIDO**

**1ª DOSIS MARCA:                      LOTE:                      Nº DE SERIE:**

**FECHA Y LIUGAR DE VACUNACIÓN Y NOMBRE Y CATEGORÍA PROFESIONAL DE  
LA PERSONA QUE ME INOCULÓ:**

**2ª DOSIS MARCA:                      LOTE:                      Nº DE SERIE:**

**FECHA Y LIUGAR DE VACUNACIÓN Y NOMBRE Y CATEGORÍA PROFESIONAL DE  
LA PERSONA QUE ME INOCULÓ:**

**3ª DOSIS MARCA:                      LOTE:                      Nº DE SERIE:**

**FECHA Y LIUGAR DE VACUNACIÓN Y NOMBRE Y CATEGORÍA PROFESIONAL DE  
LA PERSONA QUE ME INOCULÓ:**

**POR ELLO TAMBIÉN RECLAMO UNA INFORMACIÓN COMPLETA DE A DONDE  
DIRIGIRME EN CASO DE NOTAR EFECTOS ADVERSOS A LOS COMPONENTES DE  
ESAS VACUNAS.**

**Organismo:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Persona Responsable:**

**E.mail:**

**Considerando que estoy ejerciendo mi derecho a la información sobre este acto  
médico que puede afectar a mi Salud, firmo esta SOLICITUD**

**EN.....A.....DE.....DE 202**

**Fdo:.....**

**DNI:.....**