Hospitalización: Sí__/ No X/ fecha: __/__/__/ hora: __/__/ Hospital: _____
Diagnóstico de ingreso: _____ días de hospitalización: __/__/
Complicaciones: Sí__/ No X/ Cuáles: _____
Muerte: Sí__/ No X/ fecha: __/__/__/ Diagnóstico de egreso: _____
Clasificación final: Posible reacción Vacunal
Nombre de los investigadores: Fernanda Hernández Ramirez
Correo electrónico: mahernandez@coopesiba.cr Teléfonos: 2562-5650
Cargo de los investigadores: Auxiliar Enfermeria.
Observaciones: Usuaria presenta ronchа en área de lesión que no corresponde con la aplicación anatomica de la Vacuna
_(si tiene algún otro dato de interés lo puede anotar en observaciones).

[redacted]

11832

VACUNATORIO COOPESIBA SAN PABLO DE HEREDIA

Hospitalización: Sí__/ No X/ fecha: __/__/__/ hora: __/__/ Hospital: _____
Diagnóstico de ingreso: _____ días de hospitalización: __/__/
Complicaciones: Sí__/ No X/ Cuáles: _____
Muerte: Sí__/ No X/ fecha: __/__/__/ Diagnóstico de egreso: _____
Clasificación final: Posible reacción Vacunal.
Nombre de los investigadores: Fernanda Hernández Ramirez
Correo electrónico: mahernandez@coopesiba.cr Teléfonos: 2562-5650
Cargo de los investigadores: Auxiliar Enfermeria.
Observaciones: Usuaria presenta ronchа en área de lesión que no corresponde con la aplicación anatomica de la vacuna.
_(si tiene algún otro dato de interés lo puede anotar en observaciones).

11832

VACUNATORIO COOPESIBA SAN PABLO DE HEREDIA