
¿Inmunización previa con toxoide tetánico?

No Sí No sabe

→ N° Dosis recibidas _____

Última dosis recibida : Fecha ____ / ____ / ____

Presenta documento de vacunación: No Sí

COMPLETAR SI EL PACIENTE TIENE MENOS DE 28 DÍAS

¿Ha recibido la madre toxoide tetánico?

No Si No sabe

→ N° Dosis recibidas _____

Última dosis recibida : Fecha ____ / ____ / ____

¿Dónde nació el paciente?

Hospital

Domicilio

Otros Especificar: _____

Si nació en domicilio: ¿Quién atendió el parto?:

Médico Matrona Otro sanitario Otros

Instrumento de corte de cordón _____

DATOS DEL DECLARANTE

Fecha declaración del caso ____ / ____ / ____

Médico que declara el caso _____

Centro de Trabajo _____ Tfno _____

Municipio _____ Provincia _____