

Estimado Apoderado:

Informamos que hoy _____ su hijo/a: _____

Ha sido vacunación contra:

- | | | | | | |
|------------------------------------|---------------|---------------|---------------|-------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Influenza | Dosis Única | Primera Dosis | Segunda Dosis | | |
| <input type="checkbox"/> SarCov2 | Primera Dosis | Segunda Dosis | 1° Refuerzo | 2° Refuerzo | Dosis Bivalente |

Por los próximos 2 días su hijo/a, podría presentar malestar general, dolor muscular, fiebre menor a 38,5°, tos, dolor y calor en el sitio de punción. Estos síntomas pueden ser de baja o mediana intensidad. Si los síntomas persisten por 3 días o más o son de alta intensidad debe informar al vacunatorio del CESFAM _____ y acudir a por atención médica a su centro de salud más cercano. También puedes hacer el autorreporte en el siguiente enlace <https://svi.ispch.gob.cl/isp/index>



Estimado Apoderado:

Informamos que hoy _____ su hijo/a: _____

Ha sido vacunación contra:

- | | | | | | |
|------------------------------------|---------------|---------------|---------------|-------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Influenza | Dosis Única | Primera Dosis | Segunda Dosis | | |
| <input type="checkbox"/> SarCov2 | Primera Dosis | Segunda Dosis | 1° Refuerzo | 2° Refuerzo | Dosis Bivalente |

Por los próximos 2 días su hijo/a, podría presentar malestar general, dolor muscular, fiebre menor a 38,5°, tos, dolor y calor en el sitio de punción. Estos síntomas pueden ser de baja o mediana intensidad. Si los síntomas persisten por 3 días o más o son de alta intensidad debe informar al vacunatorio del CESFAM _____ y acudir a por atención médica a su centro de salud más cercano. También puedes hacer el autorreporte en el siguiente enlace <https://svi.ispch.gob.cl/isp/index>



Estimado Apoderado:

Informamos que hoy _____ su hijo/a: _____

Ha sido vacunación contra:

- | | | | | | |
|------------------------------------|---------------|---------------|---------------|-------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Influenza | Dosis Única | Primera Dosis | Segunda Dosis | | |
| <input type="checkbox"/> SarCov2 | Primera Dosis | Segunda Dosis | 1° Refuerzo | 2° Refuerzo | Dosis Bivalente |

Por los próximos 2 días su hijo/a, podría presentar malestar general, dolor muscular, fiebre menor a 38,5°, tos, dolor y calor en el sitio de punción. Estos síntomas pueden ser de baja o mediana intensidad. Si los síntomas persisten por 3 días o más o son de alta intensidad debe informar al vacunatorio del CESFAM _____ y acudir a por atención médica a su centro de salud más cercano. También puedes hacer el autorreporte en el siguiente enlace <https://svi.ispch.gob.cl/isp/index>

