MODELO DE ADMINISTRACIÓN DE LA INMUNOTERAPIA (vía SL)
FASE DE MANTENIMIENTO

Nombre y apellidos del paciente: _____
Médico que prescribe:_____ Policlínico/Hospital:_____
Vacuna: _____ Fecha de inicio del tto:_____

Fecha de inicio del mtto:_____ Dosis de mtto: _____ UB Frecuencia:_____
Dilución No:_____ Conc.: _____UB/mL Vol. Aplicación:_____ Gotas

Precaución: No administrar en caso de presentar fiebre o asma.

Dilución No:_____	**Fecha**	**Síntomas 3 días antes**		**No. Dil**	**Gotas**	**Descripción de Reacción**	**Firma**
		Sí	**No**				
Lote:_____	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
Fecha Vencimiento:	____/_____/_____						
____/_____/_____	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
Lote:_____	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
Fecha Vencimiento:	____/_____/_____						
____/_____/_____	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
Lote:_____	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
Fecha Vencimiento:	____/_____/_____						
____/_____/_____	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
	____/_____/_____						
	____/_____/_____						