



**ME SUMO a la estrategia “Regreso Protegido FACMED”**

Con el orgullo de pertenecer a la comunidad de la Facultad de Medicina de la UNAM, **ME SUMO** al reinicio de la vida académica presencial FACMED. Confío en que la contribución de todos, incluyendo la aplicación de la estrategia “Regreso Protegido FACMED”, abonará al logro del objetivo de contener los contagios por COVID-19, en nuestras instalaciones. Por lo anterior, **ACEPTO** la toma de muestra vía nasal de forma aleatoria, las medidas de autocuidado como son, el uso permanente del cubrebocas, el correcto lavado de manos y la sana distancia.

Asumo el reto de cuidarme y cuidar a todos,

**Atentamente**

Nombre:

Nº de cuenta:

Grupo:

Firma:

Fecha:

**Se le solicita, por favor brindar la siguiente información para fines estadísticos, con respecto a COVID19 y su estado vacunal:**

**1. ¿Hasta ahora ha padecido COVID19?**

Si \_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

No \_\_\_

No sé \_\_\_

**2. ¿Está usted Vacunado(a)?**

No \_\_\_

Si \_\_\_

**¿Qué vacuna se le aplicó y cuantas dosis?**

<b>Pfizer BioNTech</b>	1ª Dosis _____	2ª Dosis _____
Fecha:	1ª Dosis _____	2ª Dosis _____
<b>AstraZeneca</b>	1ª Dosis _____	2ª Dosis _____
Fecha:	1ª Dosis _____	2ª Dosis _____
<b>Sputnik V</b>	1ª Dosis _____	2ª Dosis _____
Fecha:	1ª Dosis _____	2ª Dosis _____
<b>Sinovac</b>	1ª Dosis _____	2ª Dosis _____
Fecha:	1ª Dosis _____	2ª Dosis _____
<b>CanSino</b>	1ª Dosis _____	
Fecha:	1ª Dosis _____	
<b>Janssen</b>	1ª Dosis _____	2ª Dosis _____
Fecha:	1ª Dosis _____	2ª Dosis _____
<b>Moderna</b>	1ª Dosis _____	2ª Dosis _____
Fecha:	1ª Dosis _____	2ª Dosis _____
<b>Otra _____</b>	1ª Dosis _____	2ª Dosis _____
(Especifique)		
Fecha:	1ª Dosis _____	2ª Dosis _____

**¡Muchas gracias!**