



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

Oficina del Principal Oficial Médico

DEPARTAMENTO DE  
**SALUD**



Fecha: \_\_\_\_\_

Por este medio le informamos que el/la paciente \_\_\_\_\_ recibió terapia con el tratamiento de anticuerpos monoclonales para Covid-19 el día \_\_\_\_\_ en la facilidad o compañía de infusión \_\_\_\_\_.

Es por esto que, de ser necesario completar o continuar con la dosis de vacunación correspondiente, será a partir de los 90 días posteriores a la administración de dicho tratamiento. Esto según las recomendaciones del Centro de Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en ingles).

De ser necesaria información adicional, favor de comunicarse a: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Medico

\_\_\_\_\_  
Firma de Medico