

FORMULARIO PARA REGISTRARSE PARA SOLICITAR LA VACUNA COVID-19

En la primera pantalla, se debe llenar todas las casilla, ya que son las condiciones para poder recibir la dosis

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**  
Click aquí para registrarse



FORMULARIO DE REGISTRO PARA EL PLAN DE VACUNACIÓN

CIUDADANOS NO ADULTOS MAYORES A SER VACUNADOS EN LA PRIMERA FASE DE VACUNACIÓN COVID 19 – GALÁPAGOS

Para acceder a las vacunas declaro que: Datos personales Domicilio y contacto Salud Finalizar

Para acceder a las vacunas declaro que:

- Estaré en Galápagos las fechas de vacunación, durante las dosis: del 11 al 14 de marzo y del 04 al 15 de abril de 2021.
- Doy consentimiento expreso al MSP para la vacunación y firmaré el certificado correspondiente.
- Tengo 16 años o más.
- No he recibido vacunas por influenza en las últimas TRES semanas.
- No he tenido COVID-19 en los últimos SEIS meses.
- No tengo el siguiente perfil médico: Medicado con Inmunosupresor en el caso de ser Donante/Receptor de órganos, medicado corticosteroide por Inmuno depre vacunado, ALERGIA a la clara de huevo.

Segunda pantalla, se valida el número de cédula, si está repetido no permite el ingreso.

Para acceder a las vacunas declaro que: Datos personales Domicilio y contacto Salud Finalizar

\* Cédula  
0922289152

\* Apellidos  
Apellido 1 Apellido 2 **NO PONER TILDES**

\* Nombres  
Nombre 1 Nombre 2

\* Fecha de nacimiento  
El formato de ingreso es (día/mes/año). Ejemplo: 18/10/1990  
21/03/1980

\* Edad  
40 **Se calcula automáticamente**

\* Es adulto mayor?  
No **Se llena automáticamente**

\* Estatura (cm)  
169

\* Peso (libras)  
180

\* Peso (KG)  
81.6475 **Se calcula automáticamente**

\* Es el sustento de su hogar?  
Si

\* Número de miembros de su hogar  
1



### Tercera pantalla

**FORMULARIO DE REGISTRO PARA EL PLAN DE**  
 CIUDADANOS NO ADULTOS MAYORES A SER VACUNADOS EN LA PRIMERA FASE DE V

Para acceder a las vacunas declaro que:
 Datos personales
Domicilio y contacto
Salud
Finalizar

**\* Isla**  
 Indique la isla donde se encuentra domiciliado.  
 Santa Cruz **Dar clic y se despliega automáticamente**

Isabela  
 Floreana  
Santa Cruz  
 San Cristóbal

Indique el barrio donde se encuentra domiciliado.

**\* Dirección**  
 Indique su dirección de domicilio.

**\* Teléfono** **Anteponer el código de provincia en los números convencionales (05 Galápagos)**  
 Indique un número telefónico donde se lo pueda contactar. En el caso de telefono convencional anteponer el código de provincia, Ejemplo: 052234887

**\* Email** **Poner un correo válido, ahí llegará el certificado de vacunación**  
 Indique un correo electrónico donde se lo pueda contactar.

Los campos con asterisco (\*) son obligatorios.

### Cuarta pantalla

CIUDADANOS NO ADULTOS MAYORES A SER VACUNADOS EN LA PRIMERA FASE DE VACUNACIÓN COVID 19 – GALÁPAGOS

Para acceder a las vacunas declaro que:
 Datos personales
Domicilio y contacto
Salud
Finalizar

**\* Posee factores de riesgo en su salud?**  
 No **Se despliega para poner los factores de riesgo** ▶

**\* Posee alguna discapacidad?**  
 Si ▼

### Pantalla final

**FORMULARIO DE REGISTRO PARA EL PLAN DE VACUNACIÓN**  
 CIUDADANOS NO ADULTOS MAYORES A SER VACUNADOS EN LA PRIMERA FASE DE VACUNACIÓN COVID 19 – GALÁ

Para acceder a las vacunas declaro que:
 Datos personales
Domicilio y contacto
Salud
Finalizar

**Responsabilidad legal de la información brindada.**

Declaro conocer que el CGREG tiene el derecho de verificar la información proporcionada validando con las bases de datos correspondientes.

Enviar la información