



CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION: Vacunación en Costa Rica

Reconocido para el Programa de Recertificación Médica con 2 créditos de EMC para el periodo 2001.

PREGUNTAS (SELECCIÓN UNICA)

1. **El refuerzo de la vacuna de hepatitis B se coloca a:**
 - a) Los 2 meses.
 - b) Los 6 meses.
 - c) Los 11 años
 - d) No se coloca refuerzo.

2. **El componente de la vacuna parenteral (vía subcutánea) de polio es:**
 - a) Virus muerto.
 - b) Virus vivo.
 - c) Virus atenuado
 - d) Ninguna de las anteriores

3. **En cuanto a la vacuna de sarampión, rubéola y paperas:**
 - a) No requiere refuerzos.
 - b) Sólo requiere un refuerzo a los 14 a 18 años.
 - c) Sólo requiere un refuerzo a los 6 a 7 años.
 - d) Requiere de dos refuerzos.

4. **El componente de Pertussis de la vacuna DPT no se debe aplicar después de:**
 - a) La 1° dosis.
 - b) Los 6 meses.
 - c) Los 4 años.
 - d) Los 12 años.

5. **Los (as) hijos (as) de madres positivas para el antígeno de superficie de la hepatitis B:**
 - a) No deben recibir vacuna de Hepatitis B nunca.
 - b) No deben recibir vacuna de Hepatitis B al nacimiento.
 - c) Deben recibir vacuna de Hepatitis B y 0.5 ml de inmunoglobulina anti-hepatitis B.
 - d) Deben recibir 0.5 ml de inmunoglobulina anti-hepatitis B.



HOJA DE RESPUESTAS (Selección única)

Reconocido para el Proceso de Recertificación Médica con 2 créditos de Educación Médica

1	2	3
a) <input type="radio"/>	a) <input type="radio"/>	a) <input type="radio"/>
b) <input type="radio"/>	b) <input type="radio"/>	b) <input type="radio"/>
c) <input type="radio"/>	c) <input type="radio"/>	c) <input type="radio"/>
d) <input type="radio"/>	d) <input type="radio"/>	d) <input type="radio"/>
4	5	
a) <input type="radio"/>	a) <input type="radio"/>	
b) <input type="radio"/>	b) <input type="radio"/>	
c) <input type="radio"/>	c) <input type="radio"/>	
d) <input type="radio"/>	d) <input type="radio"/>	

Enviar esta Hoja de respuestas a:

Revista Acta Médica Costarricense
Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica

Apartado 548-1000 San José, Costa Rica.
Tel/fax: (506) 232-2406
E-mail: actamedic@medicos.sa.cr

Instrucciones de llenado:

Usar bolígrafo para llenar el formulario.

No doblar, pegar, manchar ni engrapar este formulario



Marcas incorrectas



Marca correcta

Datos personales: (llenar en letra imprenta)

Nombre y apellidos:

Apartado:

Provincia:

N° Código Médico

Domicilio exacto:

Especialidad:

Teléfono:

E-mail: