

Declaración de conformidad para la vacuna contra la gripe A(H1N1)

Por favor, rellenar en mayúsculas.

Apellidos: Nombre:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Código postal: Localidad:

Nº de Caja de Salud (según la tarjeta):

Nº de asegurado (según la tarjeta):

Por medio de mi firma, confirmo que trabajo en una institución sanitaria o de cuidados, en un servicio de socorro, o en los cuerpos de policía o de bomberos.

Por medio de mi firma, confirmo que padezco de una enfermedad debido a la cual se me da preferencia para recibir la vacuna.

No pertenezco a ninguno de los grupos anteriores.

He leído y comprendido la información recibida	~ sí	~ no
Deseo una entrevista con el médico	~ sí	~ no
Tengo fiebre (temperatura superior a 38°C)	~ sí	~ no
He desarrollado con anterioridad una alergia tras recibir una vacuna	~ sí	~ no
Sufro de hipersensibilidad a las proteínas del pollo	~ sí	~ no
Tomo medicamentos anticoagulantes	~ sí	~ no
Estoy embarazada	~ sí	~ no
Sólo para niños menores de 10 años:	~ 1. vacuna	
	~ 2. vacuna	
No tengo más preguntas y deseo recibir la vacuna.		
Fecha y firma :.....		
Documentación de vacunación (a rellenar por la estación de vacunación)		
Vacuna:		

Dosis ~ Fecha N° Reg.

Dosis ~ Fecha N° Reg.

Dirección de la estación de vacunación (sello)

Nombre y firma del médico

(Original para el paciente, Calco para la estación de vacunación)