

## DECLARACIÓN DE SALUD - MENORES

### Vacunación contra influenza y contra las infecciones por *Streptococcus pneumoniae*

Fecha de vacunación \_\_\_\_\_

Rellene una declaración de salud por individuo.  
Para niños/jóvenes menores de 18 años.  
Requiere la firma de los padres o tutores.

Número de identificación personal \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a es alérgico/a al huevo?  Sí  No

¿Su hijo/a ha tenido alguna reacción alérgica grave a otra cosa que le haya obligado a acudir al médico?  Sí  No

¿Su hijo/a ha presentado reacciones graves a vacunas anteriores?  Sí  No

¿Su hijo/a tiene hemofilia u otra tendencia al sangrado, como en el tratamiento con warfarina?  Sí  No

¿Su hijo/a padece una enfermedad crónica, o no tiene bazo?  Sí  No

En caso afirmativo, su hijo tiene:

Una enfermedad pulmonar crónica, incluso asma  Sí  No

Exceso de peso (BMI > 40)  Sí  No

Una enfermedad neuromuscular (por ejemplo, esclerosis múltiple)  Sí  No

Una enfermedad cardiovascular crónica (no solo un aumento de la tensión arterial)  Sí  No

Mayor riesgo de infecciones  Sí  No

(Por ejemplo, una enfermedad de inmunodeficiencia, pero también otras condiciones como cáncer o autoinmunidad donde la enfermedad misma o el tratamiento generan un mayor riesgo de infecciones)

Indicación para la vacunación con vacuna antineumocócica conjugada  Sí  No

(Insuficiencia de bazo; inmunodeficiencia grave debido a enfermedad o tratamiento, como trasplante de órganos, quimioterapia o tratamiento con un equivalente a >15 mg de prednisona/día, otra medicación fuertemente inmunosupresora o inhibidor de TNF en combinación con otro tratamiento inmunosupresor; síndrome nefrótico; implantación coclear; fugas de LCR; fibrosis quística)

Insuficiencia hepática o renal crónica  Sí  No

Diabetes mellitus  Sí  No

PC/discapacidad múltiple  Sí  No

¿Su hija está embarazada?  Sí  No

En caso afirmativo, en qué semana de gestación:

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a sea vacunado/a.  Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal del menor

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre/tutor legal del menor

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Aclaración