

DECLARACIÓN DE SALUD - ADULTOS

Vacunación contra influenza
y contra las infecciones por
Streptococcus pneumoniae

Fecha de vacunación _____

Número de identificación personal _____

Rellene una declaración de salud por individuo.
Para las personas de 18 años cumplidos o más.

Nombre _____

¿Es alérgico/a al huevo? Sí No

¿Ha tenido alguna reacción alérgica grave a otra cosa que le haya obligado a acudir al médico? Sí No

¿Ha presentado reacciones graves a vacunas anteriores? Sí No

¿Tiene hemofilia u otra tendencia al sangrado, como en el tratamiento con warfarina? Sí No

¿Tiene una enfermedad pulmonar crónica o le falta el bazo? Sí No

En caso afirmativo, 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

¿Está embarazada? Sí No

En caso afirmativo, en qué semana de gestación:

¿Da su consentimiento para que otros proveedores de asistencia sanitaria puedan leer sus datos de vacunación? Sí No

Firma de la persona que será vacunada

Aclaración