

CUESTIONARIO PREVIO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19



nombre y apellido(s) -----

temperatura corporal*

fecha de nacimiento -----

número de teléfono / e-mail -----

Este cuestionario sirve al médico para la valoración de su **estado de salud**, que podrían tener influencia en su vacunación prevista contra la COVID-19.

Por favor, lea atentamente las siguientes preguntas y respóndalas **de forma verdadera**. Si su respuesta a alguna de las siguientes preguntas es **SÍ**, **no significa** que no podrá ser vacunado(a). En caso de duda, consulte al médico del centro de vacunación, quien le ayudará a rellenar el cuestionario.

- | | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> ¿Se siente en este momento enfermo(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ¿Ha pasado la COVID-19 o ha tenido un resultado positivo de la prueba PCR? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ¿Ha sido vacunado(a) contra la COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido alguna reacción alérgica grave a la vacunación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ¿Tiene algún trastorno hemorrágico o toma medicamentos para diluir la sangre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ¿Tiene algún trastorno inmunológico grave? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ¿Está embarazada o dando el pecho? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ¿Ha recibido alguna otra vacuna en las últimas dos semanas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Con la firma de este cuestionario confirmo que **no he ocultado información alguna** al médico sobre mi estado de salud y que he entendido la información proporcionada sobre la vacunación contra la COVID-19, incluyendo los posibles efectos secundarios.

Fecha

Fecha

firma de la persona vacunada

firma y sello del médico

* La temperatura corporal se anota solo cuando se mida en el centro de vacunación.