



CONSENTIMIENTO VACUNACIÓN INFANTIL COVID 19: de 5 a 11 años

D/D^a

Fecha de Nacimiento:.....DNI/TR.....

Teléfono:.....

Pediatra:.....

He sido informado y he entendido la información recibida sobre la vacunación de COVID-19

Declaro que:

¿Ha pasado el COVID-19? NO SI ¿Cuándo?.....

¿Es alérgico/a a algún medicamento, alimento o vacuna? NO SI

¿A cuáles?:.....

¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna? NO SI ¿contra que?.....

¿Padece alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmunitario? NO SI

¿Padece actualmente **enfermedad aguda o crónica** o fiebre superior a 38º? NO SI

¿Cuáles?:

¿Está tomando algún medicamento de forma continuada? NO SI

¿Cuáles?:.....

ACEPTO LA VACUNACIÓN

NO ACEPTO LA VACUNACIÓN

Fecha

Firma padre/madre/tutor (Nombre y apellidos y DNI)