



## CONSENTIMIENTO VACUNACIÓN INFANTIL COVID 19 de 5 a 11 años

D/Dª .....

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)