



MINISTERO
DELL'INTERNO

FICHA DE ANTECEDENTES PREVACUNALES

Fecha de la vacunación _____

Yo, el abajo firmante (apellidos y nombre) _____

Nacido/a en _____ el _____

Estoy dispuesto a someterme/someter a mi hijo/hija (apellidos y nombre) /someter a la persona puesta bajo mi tutela (apellidos y nombre)

nacido/a en _____ el _____

a las siguientes vacunas o ciclo de vacunación:

☐ Declara que

☐ Declara que su hijo/hija

☐ Declara que la persona puesta bajo su tutela

1. padece enfermedades febriles o infecciosas en curso

Si

No

2. esta afectado por enfermedades neurológicas (por ejemplo, antecedentes de convulsiones, epilepsia o trastornos neurológicos) en caso afirmativo, cuáles:

Si

No

3. ha tenido enfermedades neurológicas previas tras vacunaciones anteriores (síndrome de Guillan-Barré, neuritis braquial) en caso afirmativo, qué reacción y a qué vacuna:

Si

No

4. esta afectado por enfermedades del sistema inmunológico (inmunodeficiencias, trasplantes), en caso afirmativo, cuáles:

Si

No

5. ha recibido transfusiones y/o administración de inmunoglobulinas en los últimos 11 meses

Si

No

6. es alérgico a medicamentos, productos químicos, proteínas del huevo, gelatinas animales
En caso afirmativo, ¿a cuáles y qué reacción?:

Si

No

7. ha tenido reacciones alérgicas previas tras la administración de vacunas.
En caso afirmativo, ¿qué vacuna?
¿qué reacción?

Si

No

8. ha tenido trombocitopenia (disminución de plaquetas) después de vacunaciones anteriores
En caso afirmativo, especifique qué vacuna.

Si

No

9. asume o ha asumido terapias inmunosupresoras en el último año: por ejemplo cortisona, quimioterapia, radioterapia, fármacos biológicos.
En caso afirmativo, especifique cuáles y cuándo:

Si

No

10. está embarazada (para mujeres en edad fértil)
En caso afirmativo, especifique la semana de gestación:

Si

No

11. está afectado por otras patologías relevantes
En caso afirmativo, cuáles:

Si

No

12. ha recibido vacunas en el último mes, en caso afirmativo cuáles:

Si

No

Declaro que he comunicado correctamente la información sobre mi estado de salud/sobre el estado de salud de mi hijo/hija/sobre el estado de salud de la persona puesta bajo mi tutela

Firma legible del interesado/titular de la patria potestad/tutor