



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-Barrè, 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