

CONSENTIMIENTO VACUNACIÓN INFANTIL COVID 19 de 5 a 11 años

Nombre del padre .......................................................................................DNI/TR..............................................

Nombre de la madre .....................................................................................DNI/TR..............................................

Nombre del niño/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 del padre/tutor Firma de la madre/ tutora

