

VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA

NOMBRE Y APELLIDO:

Fecha:...../...../20.....

DNI:

EDAD:

DOMICILIO:

TELEFONO DE CONTACTO:

Firma:

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA MÉDICA PARA ESTA VACUNA

(marque con un círculo lo que corresponda o complete la respuesta)

1. ¿Usted tiene alguna enfermedad crónica conocida? SI NO
2. ¿Cuál/es?.....
3. ¿Toma algún medicamento todos los días? SI NO
4. ¿Cuál/es?.....
5. ¿Tiene antecedentes de infección por VIH u otra enfermedad inmunocomprometedora?
SI NO
6. ¿Recibió algún transplante de órganos? SI NO
7. ¿Se encuentra bajo tratamiento por cáncer, leucemia, linfoma u otras enfermedades?
SI NO
8. ¿Se encuentra bajo tratamiento diario con corticoides o medicamentos que alteren su
inmunidad? SI NO
9. ¿Está embarazada? SI NO Fecha de última menstruación:
10. ¿Se encuentra en etapa de lactancia? SI NO
11. ¿Es alérgico/a al huevo y/o sus derivados? SI NO
12. ¿Recibió la vacuna de la fiebre amarilla anteriormente? SI NO
13. ¿En qué fecha?
14. ¿Recibió otras vacunas en el último mes? SI NO -

Cuál/es?.....

