



## DECLARACIÓN DE SALUD - VACUNACIÓN

Rellene una declaración de salud por persona y dosis.

Fecha de vacunación: \_\_\_\_\_

Número de identidad sueco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Lo deben rellenar aquellas personas que se van a vacunar:

- |  | JA                          | NEJ                         |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Ha tenido alguna vez una reacción fuerte después de vacunarse y ha necesitado tratamiento hospitalario?                    | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Es alérgico/a a algo que alguna vez le haya dado reacciones fuertes para las que haya necesitado tratamiento hospitalario? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene una mayor tendencia a sangrar debido a una enfermedad o medicamentos?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Está embarazada?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Se ha vacunado alguna vez en los últimos 28 días?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |