

**Formulario que debe rellenar antes de que usted/su hijo sea vacunado**

Nombre.....Nº personal

Año	mes	día	4 últimas cifras	H	M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Usted/su hijo tiene una enfermedad pulmonar crónica, una enfermedad cardiovascular crónica, una insuficiencia hepática y renal crónica, diabetes grave, el sistema inmunológico gravemente afectado, necesidad continua de medicamentos para el asma durante los últimos tres años, otra enfermedad grave que afecte la respiración, obesidad extrema? | Sí | No | No sabe |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usted/su hijo es alérgico al huevo/proteína de pollo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usted/su hijo es alérgico al mercurio (tiomersal)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usted/su hijo es alérgico a los conservantes (formaldehído)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usted/su hijo es alérgico al antibiótico gentamicina? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usted/su hijo tiene actualmente una infección con más de 38 grados de fiebre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usted/su hijo ha tenido anteriormente una reacción fuerte a alguna vacuna, por ejemplo problemas respiratorios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está embarazada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ordination av vaccination (kryssa i rutorna nedan vad som ordineras) **Ja** **Nej**

Datum Namn

 läkare sjuksköterska

Uppgifter att fyllas i av vaccinatören

	Vaccinationsdat.	Injektionsställe
<input type="checkbox"/> Pandemrix dos nr 1, im, batchnr	<input type="text"/>	Hö <input type="checkbox"/> Arm Ben Skinka Vä <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pandemrix dos nr 2, im, batchnr	<input type="text"/>	Hö <input type="checkbox"/> Arm Ben Skinka Vä <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vaccination mot säsongsinfluensan, im/sc, batchnr	<input type="text"/>	Hö <input type="checkbox"/> Arm Ben Skinka Vä <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vaccination mot pneumokocker, im/sc, batchnr	<input type="text"/>	Hö <input type="checkbox"/> Arm Ben Skinka Vä <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

.....
 Namn på vaccinatör

Vårdcentral/klinik/distriktssköterskemottagning eller motsvarande

Autorización para vacunación de

niño usuario

Ha leído la información indicada anteriormente y autoriza a que se de la vacuna contra:

La nueva gripe A (H1N1) La gripe estacional Neumococos

Fecha

Nombre del titular del derecho de custodia/tutor

Nº de teléfono particular o móvil