



## VACUNATORIO "Dr. HORACIO HELLER"

### Encuesta de vacunación contra FIEBRE AMARILLA

Fecha:     /     / 2019

Fecha de Viaje:     /     /

**NOMBRE Y APELLIDO:**

**DESTINO**

**N° DNI/PASAPORTE**

**EDAD:**     años

**TELEFONO:**

**DOMICILIO:**

**PROVINCIA:**

### ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA MÉDICA PARA ESTA VACUNACION

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

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿Ud. padece alguna enfermedad crónica conocida?<br>Cuál es?   | SI | NO |
| 2. ¿Ud. Toma algún medicamento todos los días?   | SI | NO |
| 3. ¿Ud. Tiene antecedentes de infección por HIV (Virus de inmunodeficiencia Humana)?                             | SI | NO |
| 4. ¿Ud. recibió algún trasplante de órganos?   | SI | NO |
| 5. ¿Ud. se encuentra bajo tratamiento por cáncer, linfoma u otras enfermedades?                                  | SI | NO |
| 6. ¿Ud. se encuentra bajo tratamiento diario con corticoides o medicamentos que afecten sus defensas?(Inmunidad) | SI | NO |
| 7. ¿Es alérgico al huevo y sus derivados?  |    |    |
| 8. ¿Recibió la vacuna de la Fiebre Amarilla con anterioridad?  |    |    |
| 9. ¿En caso de ser MUJER ¿Ud. está embarazada?   | SI | NO |
| 10. ¿Se encuentra en periodo de Lactancia?   | SI | NO |

Firma .....

Firma .....

Aclaración Personal de Salud

Aclaración del paciente