



VACUNATORIO "Dr. HORACIO HELLER"

Encuesta de vacunación contra FIEBRE AMARILLA

Fecha: / / 2022

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?
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