

DECLARACIÓN DE SALUD

Vacunación contra la gripe

HÄLSODEKLARATION

Vaccination mot influensa

Llenar una declaración de salud por persona.

Para niños/jóvenes menores de 18 años se requiere la firma del titular de la patria potestad.

Fyll i en hälsodeklaration per person.

För barnlungdom under 18 år krävs vårdnadshavarens underskrift.

01. Fecha de vacunación _____
Vaccinationsdatum
02. NIF sueco _____
Personnr
03. Nombre _____
Namn

	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
04. ¿Eres tú o es tu hijo alérgico a los huevos? <i>Har du/ditt barn allergi mot ägg?</i>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
05. ¿Has padecido tú o tu hijo una reacción alérgica seria a algún otro producto por lo que ha sido necesario consultar a la asistencia pública? <i>Har du/ditt barn haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård?</i>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
06. ¿Tú o tu hijo han reaccionado muy intensamente en vacunaciones anteriores? <i>Har du/ditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?</i>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
07. ¿Tú o tu hijo han sido vacunados las últimas 2 – 4 semanas? <i>Har du/ditt barn fått annan vaccination de senaste 2-4 veckorna?</i>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
08. ¿Padeces tu o tu hijo de hemofilia? <i>Har du/ditt barn blödarsjuka?</i>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
09. ¿Tienes tú o tu hijo alguna enfermedad crónica? <i>Har du/ditt barn någon kronisk sjukdom?</i>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
09a. Si has contestado si, tienes tú o tu hijo: <i>Om ja, har du/ditt barn:</i>		
09b. Alguna enfermedad pulmonar crónica, incluso asma <i>Kronisk lungsjukdom, inkl. astma</i>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
09c. Obesidad aguda (IMC>40) <i>Kraftig övervikt (BMI>40)</i>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
09d. Enfermedad neuromuscular (p. ej. EM) <i>Neuromuskulär sjukdom (t ex MS)</i>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
09e. Enfermedad cardiovascular crónica (aunque no solamente hipertensión) <i>Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck)</i>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
09f. Riesgo serio de contraer infecciones <i>Ökad risk för infektioner</i> (p. ej. carencia de defensas inmunitarias, pero también otros estados como cáncer o autoinmunidad en el que la misma enfermedad o el tratamiento conllevan un riesgo serio de contraer infecciones) <i>(t ex immunbristsjukdom, men också andra tillstånd såsom cancer eller autoimmunitet där sjukdomen i sig eller behandlingen medför en ökad risk för infektioner)</i>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
09g. Uremia crónica o insuficiencia hepática crónica <i>Kronisk lever- eller njursvikt</i>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
09h. Diabetes mellitus <i>Diabetes mellitus</i>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
09i. PC/discapacidad múltiple <i>CP/multifunktionshandikapp</i>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

Ja Nej

Ja

Nej

10. ¿Estás embarazada?

Är du gravid?

Sí

No

10a. Si contestas si, en qué semana de embarazo _____

Om ja, vilken graviditetsvecka

11. ¿Consientes que los datos de vacunación de tu hijo/ tus hijos puedan ser leídos por otros proveedores de asistencia sanitaria?

Samtycker du till att din/ditt barns vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare?

Sí

No

Contestar esta pregunta cuando se reciba la segunda dosis de la vacuna contra la gripe

Fyll i denna fråga inför dos 2 av vaccinet mot nya influensan

12. ¿Tuviste tú o tu hijo efectos secundarios después de la primera dosis?

Fick du/ditt barn några biverkningar efter den första dosen?

Sí

No

12a. Si contestas si, elige alguna de las alternativas siguientes

Om ja, kryssa för alternativ här

Enrojecimiento/inflamación notoria superior a 5 cm.

Kraftig rodnad/svullnad mer än 5 cm

Enrojecimiento/inflamación notoria superior a 10 cm.

Kraftig rodnad/svullnad mer än 10 cm

Fiebre, más de 38,5 grados

Feber mer än 38,5 grader

Otra reacción

Annan reaktion

14. Consiento que mi hijo sea vacunado

Jag samtycker till att mitt barn vaccineras.

Sí

No

Ja

Nej

13. Firma de la persona que va a ser vacunada

Namnunderskrift av den som ska vaccineras

15. Firma del titular de la patria potestad del menor

Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig

Aclaración de la firma

Namnförtydligande

Aclaración de la firma

Namnförtydligande