



## INFORMACIÓN DE SALUD Y CONSENTIMIENTO

Apellido y Nombre \_\_\_\_\_ nacido el \_\_\_\_\_

en \_\_\_\_\_ residente en \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_

- ¿Estás bien hoy? Sta bene oggi? sì  no

- ¿Tiene tos, fiebre o cansancio? Ha tosse, febbre o stanchezza? sì  no

¿Cual de? \_\_\_\_\_

- ¿Tienes alguna alergia? Ha qualche allergia? sì  no

¿A que? \_\_\_\_\_

- ¿Tiene infección por VIH? (SIDA) Ha l'infezione da HIV? (AIDS) sì  no

- ¿Tiene alguna otra enfermedad? Ha altre malattie? sì  no

¿Qué enfermedades? \_\_\_\_\_

- ¿Estás embarazada? È in gravidanza? sì  \_\_\_\_\_ °mes no

### **TOMA NOTA:**

- tener que esperar al menos 15 minutos para recibir el Mantoux o la vacuna antes de salir
- que se debe evitar el embarazo durante 1 mes (sólo en caso de administración de una vacuna de virus vivos)

**Y ACEPTA LA INOCUULACIÓN DE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fecha**

**Firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**El medico**

**Enfermero / AS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_