



**Nota:** Es muy importante completar el siguiente cuestionario. Lleve la lista cumplimentada al centro de vacunación.

¿Su hijo toma medicamentos? En ese caso, lleve al centro de vacunación una lista de los medicamentos que toma su hijo.

### COVID

- 1** ¿Su hijo ha dado positivo en una prueba de COVID en las últimas 12 semanas?  
¿De ser así, sus síntomas persistieron durante más de un día?  
*Ejemplos: rinitis, tos, dificultad para respirar, calentura o fiebre, pérdida del olfato o del gusto.*  Sí  No
- 2** ¿Su hijo tiene actualmente una fiebre de 38 grados o más?  Sí  No
- 3** ¿Su hijo tiene actualmente algún síntoma que suele presentarse cuando uno tiene COVID?  
*Ejemplos: rinitis, tos, dificultad para respirar, calentura o fiebre, pérdida del olfato o del gusto.*  Sí  No

**Si responde "sí" a alguna de las preguntas del 1 al 3, su hijo no puede recibir la vacuna contra la COVID en estos momentos.**

### Operaciones

- 4** ¿Su hijo va a ser operado con anestesia en los dos días siguientes a la vacuna contra la COVID?  Sí  No

**Si su respuesta es afirmativa, su hijo tendrá que recibir la vacuna contra la COVID después de la operación.**

### Datos médicos

- 5** ¿Se ha desmayado alguna vez su hijo después de una vacunación?  
*De igual forma, puede acudir al centro de vacunación. Ahí, el médico o una enfermera hablará con usted.*  Sí  No
- 6** ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción alérgica grave, por ejemplo, a algún medicamento o alimento?  Sí  No

**Si es así: ¿a qué?**

- ¿Su hijo recibió tratamiento para ello?  Sí  No  
*De igual forma, puede acudir al centro de vacunación. Ahí, el médico hablará con usted.*



- 7** ¿Su hijo utiliza anticoagulantes o medicamentos que reducen la coagulación de la sangre?  Sí  No

¿Qué anticoagulante(s) ha utilizado su hijo en la última semana?  
*Si no lo sabe, pregúntele a su médico de cabecera o a su farmacia.  
La farmacia puede darle una lista de los anticoagulantes de su hijo*

**Si su respuesta a alguna de las preguntas del 5 al 7 es "sí", deberá hablar primero con el médico en el centro de vacunación.**

- 8** ¿Su hijo tiene algún trastorno hemorrágico?  Sí  No

**Si la respuesta es afirmativa:** ¿de cuál enfermedad se trata?

- Hemofilia  Enfermedad de Von Willebrand  Deficiencia de plaquetas (trombocitopatía/trombopenia)  
 Otra:

- 9** ¿Su hijo ha tenido alguna vez un ataque epiléptico al tener fiebre o después de una vacunación?  Sí  No

**Si su respuesta a alguna de las preguntas del 8 o 9, póngase en contacto con su médico de cabecera.**

### Tenga en cuenta:

Si marcó una o más de las casillas de "sí", deberá tener primero una conversación con el médico en el centro de vacunación. Si su hijo padece alguna enfermedad o toma algún medicamento que no esté incluido en este cuestionario, de igual forma puede recibir la vacuna contra la COVID. Si tiene alguna duda al respecto, llame gratis al número 0800 0800.