

**CUESTIONARIO DE PREVACUNACION : 1° inyección**  
QUESTIONNAIRE PRÉ-VACCINAL : 1-re INJECTION

**Apellido/ Nom:** .....

**Fecha cita 1° inyección/Date RDV 1re injection:**  
...../...../.....

**Apellido de nacimiento/ Nom de jeune fille:**.....

**Hora cita 1° inyección/ Heure RDV 1re injection:**  
.....

**Nombre/ Prénom:** .....

**Fecha de Nacimiento / Date de naissance:** ...../...../.....

**N° de telefono / N° de téléphone:** .....

**Su edad / Votre âge:** .....

**¿Tiene algunas enfermedades crónicas?**  **Si**  **No**  
Avez-vous des maladies chroniques ? Oui Non

**¿Es profesional sanitario?**  **Si**  **No**  
Êtes-vous professionnel de santé ? Oui Non

**• ¿Recibió una primera dosis para la COVID ?**  **Si**  **No**  
Avez-vous déjà reçu une injection de vaccin contre la COVID ? Oui Non

**• ¿Recibió alguna otra vacuna en estos últimos 15 días?**  **Si**  **No**  
Avez-vous reçu un autre vaccin au cours des 15 derniers jours ? Oui Non

**• ¿Ha padecido alguna infección viral (resfriado, bronquitis, gastroenteritis) en los últimos 14 días?**  **Si**  **No**  
Avez-vous eu une infection virale (rhume, bronchite, gastro-entérite) au cours des 14 derniers jours ? Oui Non

**• ¿Es alérgico a algún laxante?**  **Si**  **No**  
Avez-vous des allergies à des laxatifs ? Oui Non

**• ¿Es alérgico a alguna vacuna?**  **Si**  **No**  
Avez-vous des allergies à des vaccins ? Oui Non

**• ¿Es alérgico a algún medicamento inyectable?**  **Si**  **No**  
Avez-vous des allergies à des médicaments injectables ? Oui Non

**• ¿Es alérgico a algún medicamento no identificado?**  **Si**  **No**  
Avez-vous des allergies à des médicaments non identifiés ? Oui Non

**• ¿Tiene alguna alergia grave (necesita adrenalina)?**  **Si**  **No**  
Avez-vous des allergies graves (nécessité d'adrénaline) ? Oui Non

**• ¿Tiene alergias múltiples (alimentos, medicamentos)?**  **Si**  **No**  
Avez-vous des allergies multiples (alimentaires, médicaments) ? Oui Non

**• ¿Sospecha que pueda estar embarazada?**  **Si**  **No**  
Êtes-vous enceinte (à votre connaissance) ? Oui Non

**• ¿Está en periodo de lactancia?**  **Si**  **No**  
Allaitez-vous ? Oui Non

**• ¿Está tomando algún anticoagulante?**  **Si**  **No**  
Prenez-vous des anticoagulants ? Oui Non

**• ¿Ha tenido la COVID?**  **Si, hace menos de 3 meses**  **Si, hace más de 3 meses**  **No**  
Avez-vous eu la COVID ? Oui, il y a - de 3 mois Oui, il y a + de 3 mois Non

**Fecha/ Date:** .....

**Firma/ Signature:** .....

**NO RELLENAR, CUADRO RESERVADO A LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE VACUNACION/**

NE PAS REMPLIR, CADRE RÉSERVÉ AUX PROFESSIONNELS DU CENTRE DE VACCINATION

P :  W  ZRPF  NSP  
CE :  Oui  Non  
CI :  Oui  Non  
AC :  Oui  Non  
IA :  Oui  IAIC  Non  
DR :  Oui  NN  Non  
HV : \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ T° ..... TA ..... fc ..... fpo2 .....  
HSZS :  +15 "  +30 "  
SI : .....

**Fecha cita 2° inyección/ Date RDV 2e injection:** ...../...../.....