



FORMULARIO DE EXENCIÓN DE VACUNACIÓN COVID-19 DECLARADO POR PROFESIONALES DE LA SALUD

Como profesional de la salud abajo firmante, según mi leal saber y entender, según la información que tengo determinada o proporcionada por la persona en cuestión, o si la persona en cuestión es menor de 16 años, por un padre o tutor en su nombre, puedo confirmar que la siguiente persona debe estar exenta de Vacunación COVID-19 debido a problemas médicos.

Detalles de la persona exenta

Nombre completo (nombre y apellidos):

Dirección de casa:

Ciudad: Condado / estado:

Código postal: País:

Teléfono de contacto: Correo electrónico de contacto:

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) [si es relevante]:

Nacionalidad [si es relevante]:

Número de pasaporte [si es relevante]:

Cualquier información adicional relacionada con la exención de la vacuna Covid-19

Tras consultar con la persona nombrada, He recomendado que la vacuna COVID-19 evitarse por las siguientes razones.

[Marque todas las casillas que correspondan]

- Esta persona tiene antecedentes médicos personales y / o familiares de alergia. o reacciones anafilácticas a alimentos, medicamentos, vacunas o químicos ambientales
- Esta persona tiene un historial médico personal y / o familiar de uno o más afecciones o enfermedades autoinmunes
- Esta persona tiene antecedentes médicos de trastornos hemorrágicos o de coagulación. y, en mi opinión profesional, la vacuna COVID-19 es contraindicada
- Esta persona tiene antecedentes médicos personales y / o familiares de enfermedades crónicas síndrome de fatiga (SFC), encefalomielitis miálgica (EM) o otras afecciones posvirales
- Esta persona tiene un historial médico personal y / o familiar de una enfermedad o afección neurológica o inflamatoria
- Esta persona tiene una afección médica o un problema de salud por el cual, en mi opinión profesional, la vacuna COVID-19 está contraindicada
- Esta persona tiene contraindicaciones debido a preocupaciones sobre el efectos desconocidos a largo plazo de las vacunas COVID-19 sobre la fertilidad
- Esta persona ha tenido anteriormente COVID-19 y tiene, o es probable que tenga tener inmunidad natural adquirida
- Esta persona está usando medidas médicas o de salud basadas en evidencia para protegerse a sí mismo y a los demás de la infección por SARS-CoV-2

DECLARACIÓN PROFESIONAL DE LA SALUD

Como abajo firmante, por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera y correcta. He consultado con la persona mencionada anteriormente, o si la persona en cuestión es menor de 16 años, con un padre o tutor en nombre de la persona, y recomiendo que esta persona esté exenta de la vacuna COVID-19. Este es mi profesional opinión y se basa en mis pautas de práctica médica profesional para la toma de decisiones y el consentimiento.

Nombre completo del profesional de la salud:

Cualificación (es):

Organismo de registro:

ID de registro (si corresponde):

Firma:

Fecha: