



AUTODECLARADO FORMULARIO DE EXENCIÓN DE VACUNACIÓN COVID-19

Las vacunas COVID-19, que han sido administradas al público bajo autorización de uso de emergencia, han sido asociadas con eventos adversos de moderados a severos y muertes en una pequeña proporción de receptores. Actualmente no se dispone de suficientes datos de seguridad a largo plazo procedentes de los ensayos de fase 3 y de la vigilancia posterior a la comercialización para poder predecir qué subgrupos de población pueden ser más vulnerables a estas reacciones. Sin embargo, las evaluaciones clínicas han identificado una serie de condiciones o historias médicas que se asocian con un mayor riesgo de eventos adversos graves (ver Panel B). Los individuos con tales preocupaciones médicas, junto con aquellos que ya han recibido COVID-19 y han adquirido inmunidad natural, tienen motivos justificados para no consentir la vacunación con COVID-19. Dichas personas pueden optar por utilizar enfoques alternativos para reducir su riesgo de desarrollar una enfermedad grave por COVID-19 y la transmisión viral asociada. La legislación británica e internacional consagra el derecho de una persona a rechazar cualquier tratamiento o intervención médica sin ser sometida a una sanción, restricción o limitación de los derechos o libertades protegidos, ya que esto constituiría una coacción.

Panel A

Nombre completo (nombre y apellido):

Dirección de la 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]:

Panel B

Tengo un historial médico personal y/o familiar de reacciones alérgicas, anafilácticas o gravemente debilitantes a alimentos, medicamentos, vacunas o productos químicos ambientales

Tengo un historial médico personal y/o familiar de una o más afecciones o enfermedades autoinmunes

Tengo un historial médico personal y/o familiar de síndrome de fatiga crónica (SFC), encefalomielitis miálgica (EM) o otra(s) condición(es) post-viral(es)

Tengo un historial médico personal y/o familiar de una enfermedad o condición neurológica o inflamatoria

Tengo dificultades de aprendizaje, trastorno del espectro autista u otra discapacidad del desarrollo

Estoy bajo supervisión médica por una enfermedad aguda, grave o de larga duración

Tengo serias preocupaciones sobre los efectos a largo plazo aún desconocidos de las vacunas COVID-19 sobre la fertilidad, las disfunciones inmunitarias autoinmunes, alergia o su potencial para inducir otras complicaciones

He rechazado la vacunación con COVID-19 debido a que los datos de seguridad a largo plazo disponibles son inadecuados, y/o por razones religiosas o filosóficas

Tengo, o creo que he tenido previamente COVID-19 y tengo, o es probable que tenga es probable que haya adquirido inmunidad natural

DECLARACIÓN

Declaro que la información proporcionada en este formulario es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Tengo preocupaciones médicas, religiosas o filosóficas y, por lo tanto, no he dado mi consentimiento para la vacunación con COVID-19.

Imprime el nombre:

Firma:

Fecha: