

Formulario de examen médico previo a la vacuna contra el coronavirus

スペイン語

*Por favor, rellene o marque con las casillas en negrita.

注意

本予診票を用いて請求を行うことはできません。

日本語の予診票に転記の上、請求を行ってください。

Dirección que figura en la tarjeta de residencia	Prefectura	Ciudad			
	Dirección				
Furigana					
Nombre	Tel.		()		
Fecha de nacimiento	Año	Mes	Día	(años)	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
				Temperatura corporal antes del reconocimiento	grados

Pregunta	Respuesta	Completado por el médico
¿Le vacunan contra el coronavirus por primera vez? (Si le han vacunado antes, indique la fecha de la primera vez: segunda vez: Mes/Día)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿La ciudad, localidad o pueblo donde reside actualmente es la misma que la ciudad, pueblo o aldea que se indica en el cupón?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha leído las "Instrucciones para la vacuna contra el coronavirus" y entiende los efectos y los efectos secundarios adversos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se encuentra en alguno de los grupos que tienen prioridad para esta vacuna? <input type="checkbox"/> Personal sanitario, etc. <input type="checkbox"/> Persona de 65 años o más <input type="checkbox"/> Persona de entre 60 y 64 años <input type="checkbox"/> Trabajador en un centro de mayores, etc. <input type="checkbox"/> Persona con una enfermedad subyacente (nombre de la enfermedad:)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Actualmente padece algún tipo de enfermedad y está recibiendo tratamiento o tomando medicamentos? Tipo de la enfermedad: <input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> enfermedad renal <input type="checkbox"/> enfermedad hepática <input type="checkbox"/> enfermedad de la sangre <input type="checkbox"/> enfermedad que dificulta detener el sangrado <input type="checkbox"/> inmunodeficiencia <input type="checkbox"/> otros () Tipo de tratamiento: <input type="checkbox"/> medicamento anticoagulante () <input type="checkbox"/> otros ()	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El médico que lo está tratando por la enfermedad le ha dicho que puede vacunarse hoy?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido fiebre o ha estado enfermo en el último mes? Nombre de la enfermedad ()	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿ Tiene hoy algún dolor? Afección ()	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez ha tenido convulsiones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez ha experimentado síntomas alérgicos graves (como anafilaxia) a causa de medicamentos o alimentos? Medicamentos o alimentos que causaron el problema ()	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez ha estado enfermo después de recibir una vacuna? Tipo de vacuna () Afección ()	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada (por ejemplo, retraso en su período)? ¿O está con lactancia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿ Le han vacunado en las últimas dos semanas? Tipo de vacuna () Fecha de la vacunación ()	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene alguna pregunta sobre la vacuna de hoy?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Completado por el médico	Dados los resultados de las preguntas anteriores y del reconocimiento, la vacuna de hoy es (<input type="checkbox"/> posible, <input type="checkbox"/> no posible). Le he explicado al paciente los efectos de la vacuna, los efectos secundarios y el "Sistema de ayuda para daños a la salud por vacunación" <input type="checkbox"/> La persona a vacunar es menor de 6 años (complete si corresponde)	

Firma y sello del médico	
--------------------------	--

Formulario de solicitud de vacunación contra el coronavirus

Después de pasar un reconocimiento médico y entender los efectos y los efectos secundarios de la vacuna, ¿desea que le vacunen? (Deseo vacunarme/ No deseo vacunarme)

El propósito de este formulario de reconocimiento médico preliminar es garantizar la seguridad de la vacunación.
Lo entiendo y doy mi consentimiento para que este formulario de reconocimiento médico preliminar se envíe al gobierno municipal, la Federación Japonesa de Organizaciones Nacionales de Seguros de Salud y la Organización Nacional del Seguro de Salud.

Fecha:	Firma de la persona vacunada o de su tutor
*Si la persona que se va a vacunar no puede firmar el formulario por sí misma, un representante debe firmarlo indicando el nombre del representante y la relación con la persona que se va a vacunar. *En el caso de una persona menor de 16 años, el tutor debe firmar el formulario; en el caso de un adulto bajo tutela, la persona misma o el tutor adulto debe firmar el formulario.	

Completado por el médico	Nombre de la vacuna y número de lote	Cantidad de inoculación	Lugar de vacunación, nombre del médico y fecha de vacunación	*Complete el código de la institución médica y la fecha de vacunación para que se ajusten a este campo
	Pegar el precinto	ml	Lugar de vacunación	Código del centro médico
	*Pegar junto a la línea del cuadro		Nombre del médico	Fecha de vacunación *Ejemplo: 1 de abril de 2021 → 01/04/2021
	(Nota: asegúrese de que la fecha de caducidad no haya vencido).			