

## ENCUESTA ESTUDIO POSTVACUNACIÓN.

**NOMRE Y APELLIDOS:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

1.- Ha pasado la COVID?                      SI                                      NO

Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha de la infección:

Sintomático    SI                                      NO

### 2.- Vacunación

a.- Indique la fecha en la que se le suministró la vacuna:

1º dosis:

2º dosis:

Efectos secundarios (1º dosis – 2ª dosis):

Dolor en la zona de inoculación	SI - SI	NO - NO
Inflamación en la zona de inoculación	SI - SI	NO - NO
Cefalea	SI - SI	NO – NO
Febrícula	SI - SI	NO - NO
Fiebre (>38°C)	SI - SI	NO - NO
Cansancio	SI - SI	NO - NO
Escalofríos y nauseas	SI - SI	NO - NO
Mareos	SI - SI	NO - NO
Adenopatías	SI - SI	NO - NO

Otras (describir):

Ha tomado paracetamol profiláctico (antes de la vacunación):

SI                                      NO

Ha tomado paracetamol sintomático (primeras 24 horas tras la vacunación):

SI                                      NO

**Enfermedades de base/Medicación habitual.**