

## Declaração de Comorbidade para Vacinação de Crianças de 6 meses a 2 anos Contra a COVID-19

Declaro para fins de vacinação contra Covid-19 que a criança \_\_\_\_\_, Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, é portadora da(s) seguinte(s) comorbidade(s):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus  | <input type="checkbox"/> Síndromes coronarianas                                 |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia hipertensiva                                     | <input type="checkbox"/> Valvopatias  |
| <input type="checkbox"/> Miocardiopatias e Pericardiopatias                           | <input type="checkbox"/> Cardiopatias congênicas                                |
| <input type="checkbox"/> Doença da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas | <input type="checkbox"/> Próteses valvares e dispositivos cardíacos implantados |
| <input type="checkbox"/> Arritmias cardíacas  | <input type="checkbox"/> Doença renal crônica                                   |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Resistente                              | <input type="checkbox"/> Doenças neurológicas crônicas                          |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo  | <input type="checkbox"/> Imunocomprometidos                                     |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial estágio 3                               | <input type="checkbox"/> Hemoglobinopatias graves                               |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca                                       | <input type="checkbox"/> Obesidade mórbida                                      |
| <input type="checkbox"/> Cor-pulmonale e hipertensão pulmonar                         | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down                                       |
| <input type="checkbox"/> Pneumopatias crônicas grave                                  | <input type="checkbox"/> Cirrose hepática                                       |
| <input type="checkbox"/> Outras: _____  |   |

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

CPF do responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_