

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: ___/___/___