

**SCHEDA SANITARIA PER MINORI - SANITARY CARD FOR MINORS**

cognome-surname	nome-first name
Luogo e data di nascita - place and date of birth	nazionalità -
nationality Residenza, indirizzo, telefono - domicile, complete address, phone	

Medico curante - doctor in charge

Codice Fiscale:

AUSL

**VACCINAZIONI - MALATTIE PREGRESSE**
**V A C C I N A T I O N S - P R E V I O U S D I S E A S E S**

Difterite Diphtheria	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Tetano Tetanus	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Poliomielite Polio myelitis	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Epatite B Hepatitis B	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - <input type="checkbox"/> Previous disease No <input type="checkbox"/>
Pertosse Pertussis	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - <input type="checkbox"/> Previous disease No <input type="checkbox"/>
Emofilo b Haemophilus b	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - <input type="checkbox"/> Previous disease No <input type="checkbox"/>
Morbillo Measles	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - <input type="checkbox"/> Previous disease No <input type="checkbox"/>
Parotite Mumps	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - <input type="checkbox"/> Previous disease No <input type="checkbox"/>
Rosolia Rubella	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - <input type="checkbox"/> Previous disease No <input type="checkbox"/>
Varicella Varicella	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - <input type="checkbox"/> Previous disease No <input type="checkbox"/>
Pneumococco Pneumococcal	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - <input type="checkbox"/> Previous disease No <input type="checkbox"/>
Meningococco C Meningococcal C	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - <input type="checkbox"/> Previous disease No <input type="checkbox"/>

ALLERGIE – ALLERGIES

	specificare - specify
Farmaci - Drugs	
Pollini - Pollens	
Polveri - Dusts	
Muffe - Moulds	
Punture di insetti - Insect stings	

Intolleranze alimentari – Food intolerances: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Altro - Other diseases: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto – Included papers concerning diseases and therapies in progress:

\_\_\_\_\_

Data - date

Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale  
Signature of the person exercising parental authority