

Cuestionario de Inmunizaciones

Las siguientes preguntas nos ayudaran a determinar que vacunas se les pueden administrar hoy. Si responde "si" a cualquier pregunta no significa que necesariamente no deba vacunarse. Solo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de cuidados de salud que se la explique.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor responda por la persona que recibe la vacuna:	Si	No	No Se
1. ¿Está enfermo/a hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna alergia? si es así, por favor indíquela:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido una reacción grave a alguna vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene/ha tenido asma, enfermedad pulmonar, enfermedad cardiaca, enfermedad renal, enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), enfermedad hepática, un trastorno sanguíneo, no tiene bazo, deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear, una fuga de líquido cefalorraquídeo o ha estado en tratamiento prolongado con aspirina? Si es así, marque con un circulo todo lo que corresponda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Usted, un hermano/a, madre o padre ha tenido alguna vez una convulsión, parálisis o un problema con el cerebro o sistema nervioso? Si es así, marque con un circulo todo lo que corresponda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Usted, un hermano/a, madre o padre ha tenido cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico? Si es así, marque con un circulo todo lo que corresponda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. En los últimos 3 meses, ¿Ha tomado cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cáncer; medicamentos para la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis o se ha sometido a tratamientos de radiación? Si es así, marque con un circulo todo lo que corresponda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿En el último año recibió una transfusión de sangre, un producto sanguíneo, un medicamento llamando inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Si aplica: ¿Está embarazada o planea quedar embarazada el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Recibió alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha tenido varicela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Necesita una prueba de TB (tuberculosis) en las próximas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Si el niño/a tiene entre 2 y 4 años: En el último año, ¿le ha dicho un proveedor de atención médica que el niño/a tenia sibilancias o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Si su hijo/a es un bebe, ¿le han dicho alguna vez que ha tenido intususcepciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Está tomando medicamentos antivirales contra la gripe o los ha tomado en las últimas 3 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de una inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma de la persona completando el formulario: _____

Fecha: _____

Firma de la Enfermera: _____

Fecha: _____

Uso de Intérprete

Intérpretes del Pacífico: Si No

Intérprete en Persona: Si No Nombre: _____

Rechazado: Si No