Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

nombre del paciente _____

fecha de nacimiento _____/_____/_____
mes día año

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos administrar a su hijo hoy. Si responde "sí" a alguna pregunta, no necesariamente significa que no se debe vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, solicítele a su proveedor de atención médica que se la explique.

	sí	no	no sé
1. ¿El niño está enfermo hoy?	☐	☐	☐
2. ¿El niño es alérgico a algún medicamento, alimento, componente de vacunas o al látex?	☐	☐	☐
3. ¿El niño ha tenido alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	☐	☐	☐
4. ¿El niño ha tenido algún problema de salud como enfermedad de pulmonar, cardíaca, renal o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	☐	☐	☐
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿le ha dicho algún proveedor de atención médica que el niño tuvo sibilancias o asma en los últimos 12 meses?	☐	☐	☐
6. Si el niño es un bebé, ¿le han dicho alguna vez que tuvo intususcepción?	☐	☐	☐
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; el niño ha tenido problemas cerebrales o algún otro problema del sistema nervioso?	☐	☐	☐
8. ¿El niño o un miembro de su familia tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	☐	☐	☐
9. ¿En los últimos 3 meses, el niño ha tomado medicamentos que afecten el sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o tuvo tratamientos de radiación?	☐	☐	☐
10. Durante el año pasado, ¿el niño recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o se le administró inmunoglobulina o gammaglobulina o algún medicamento antiviral?	☐	☐	☐
11. ¿La niña/adolescente está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	☐	☐	☐
12. ¿Se le aplicó alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐

forma llenada por_____fecha _____

forma revisada por_____fecha _____

¿Trajo su cartilla de vacunación consigo? **sí** ☐ **no** ☐

Es importante que tenga un registro personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al proveedor de atención médica de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo con usted todas las veces que busque atención médica para su hijo. Su hijo necesitará este documento para ingresar a la guardería o a la escuela, para obtener empleos o para viajar al extranjero.

immunization action coalition
IAC
immunize.org

"Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens"

Saint Paul, Minnesota · 651-647-9009 · www.immunize.org · www.vaccineinformation.org

www.immunize.org/catg.d/p4060-01.pdf • Item #P4060-01 Spanish (9/17)

Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Forma de Pago

Fecha: _____

(Por favor. llene la forma completa en letra de molde. Padre/Guardian Legal firmar la forma en la línea indicada)

Nombre del Paciente : _____ (Sexo) Hombre/Mujer Fecha de Nacimiento_____

Domicilio :_____Ciudad:_____ Teléfono:_____

Nombre de Padre: _____ Doctor: _____
¿En el estado de Illinois, usted o su hijo(a) han estado en WIC o en otro programa del departmento de salud? Si/No
¿Ha estado usted conocido por otro nombre? Si_____ No
==========
Cliente tiene que traer la tarjeta de Medicaid, conteniendo el nombre de la persona que recibirá servicios.

Número de identificación (Medicaid): _____

==========

Recibido (Pago en efectivo) _____(Total) _____ (Número de cheque) _____ (Total) _____
(Por favor avísenos si necesite un recibo para este servicio.)

Educ				Educ			
_____	☐	Dtap	90700	_____	☐	MMRV – ProQuad	90710
_____	☐	Hep A – Havrix	90633	_____	☐	Pediarix	90723
_____	☐	Hep B	90744	_____	☐	Pentacel	90698
_____	☐	Hib	90648	_____	☐	Prevnar 13	90670
_____	☐	HPV (Gardasil 9)	90651	_____	☐	Rotateq	90680
_____	☐	IPV (Polio)	90713	_____	☐	Rotarix	90681
_____	☐	Kinrix Dtap-IPV	90696	_____	☐	TD Decavac	90714
_____	☐	Meningitis (mcv4)	90734	_____	☐	Tdap Adavel/Boostrix	90715
_____	☐	MMR	90707	_____	☐	Varicella	90716

Educación: Explicado al cliente el siguiente: Formas del VIS, todos los componentes de cada vacuna, y preguntas y/o preocupaciones contestadas de los clientes.

Yo autorizo que el proveedor de servicios hace público información y hace cobros al Departamento de Ayuda Pública de Illinois para los servicios de hoy; si no yo entiendo que soy responsible por mi cuenta.

_____ _____
Firma del Padre o Guardian Legal Fecha

- - - CONTINUADO EN EL LADO TRASERO - - -