

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de adultos

19 años y más

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____

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

	sí	no	no sé
1. ¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, componente de vacunas o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción seria después de aplicarse una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene algún problema de salud crónico en el corazón, los pulmones o los riñones, o sufre de enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, no tiene bazo, tiene deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o derrame de líquido cefalorraquídeo? ¿Recibe terapia con aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Uno de sus padres, hermanos o hermanas tiene algún problema en su sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿En los últimos 3 meses, ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunitario, tales como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; o medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o tuvo tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tenido convulsiones o un problema del cerebro o del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Durante el año pasado, ¿recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o se le administró inmunoglobulina, gammaglobulina o algún medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Para las mujeres: ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada durante el mes que viene? <u>Cuando Fue Su Última Regla:</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Se le aplicó alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMA LLENADA POR _____ FECHA _____

FORMA REVISADA POR _____ FECHA _____

¿Trajo su cartilla de vacunación consigo? sí no

Es importante que tenga un registro personal de sus vacunas. Si no tiene un registro personal, pídale a su proveedor de atención médica que le proporcione uno. Guarde este registro en un lugar seguro y llévelo con usted todas las veces que busque atención médica. Asegúrese de que su proveedor de atención médica registre en él todas sus vacunas.