

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

mes / día / año
18 años y menores

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, solicítelle a su proveedor de atención médica que se la explique.

sí no no sé

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿El niño está enfermo hoy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿El niño es alérgico a algún medicamento, alimento, componente de vacunas o al látex? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿El niño ha tenido alguna reacción seria a una vacuna en el pasado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿El niño tiene algún problema de salud crónico en los pulmones, el corazón 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? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años, ¿le ha dicho algún proveedor de atención médica que el niño tuvo sibilancia o asma en los últimos 12 meses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Si el niño es un bebé, ¿le han dicho alguna vez que tuvo intususcepción? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿El niño, uno de sus hermanos o uno de sus padres ha tenido convulsiones; o el niño ha tenido problemas cerebrales o algún otro problema del sistema nervioso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿El niño o un miembro de su familia tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Uno de los padres, hermanos o hermanas del niño tiene algún problema en su sistema inmunitario? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿En los últimos 3 meses, el niño 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"/> |
| 11. Durante el año pasado, ¿el niño 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"/> |
| 12. ¿La niña/adolescente está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? <i>Cuando Fue Su Última Regla:</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Se le aplicó alguna vacuna al niño 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 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 empleo o para viajar al extranjero.

"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 (10/20)