## 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?
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, látex o alguna vacuna? Si es así, enumere:
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Ha tenido una reacción grave a alguna vacuna en el pasado?
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Tiene o ha tenido asma, enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones, metabólica (por ejemplo, diabetes) o algún trastorno sanguíneo? ¿Esta o ha estado en terapia de aspirina a largo plazo? Si es así, marque con un circulo todo lo que corresponda
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿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
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Tiene cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico?

Si es así, marque con un circulo todo lo que corresponda | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. En los últimos 3 meses, ¿tomo cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cáncer o se sometió a tratamientos de radiación? Si es así, marque con un circulo todo lo que corresponda
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿En el último año recibió una transfusión de sangre, un producto sanguíneo, un medicamento llamando inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral? Si es así, marque con un circulo todo lo que corresponda
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. Si aplica: ¿Está embarazada o planea quedar embarazada el próximo mes?

Si está embarazada, cuantas semanas: | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Recibió alguna vacuna en las ultimas 4 semanas?
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Ha tenido varicela?
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Necesita una prueba de TB (tuberculosis) en las próximas 4 semanas?
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. 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?
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. Si su hijo/a es un bebe, ¿le han dicho alguna vez que ha tenido intususcepciones?
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Fuma?
 | [ ]  | [ ]  |  |

Firma de la persona completando el formulario: Fecha:

Firma de la Enfermera: Fecha:

**Uso de Intérprete**

Intérpretes del Pacifico: Si [ ]  No [ ]

****Interprete en Persona: Si [ ]  No [ ]  Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rechazado: Si [ ]  No [ ]

Public Health Madison & Dane County | 210 Martin Luther King Jr. Blvd, Room 507, Madison WI 53703 | (608) 266-4821 | [www.publichealthmdc.com](http://www.publichealthmdc.com)