

## Cuestionario de selección para vacunación de adultos

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estas preguntas nos permitirán decidir qué vacunas necesita usted hoy. Si usted responde "Sí" a algunas de ellas, esto no quiere decir que usted no se pueda vacunar. La enfermera quizás necesite hacerle más preguntas.	Sí	No	No sabe
1. ¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alguna alergia a medicamentos, comida, látex o vacunas? Lístelas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido alguna reacción grave al recibir una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo de enfermedades cardíacas, pulmonares, renales o metabólicas (por ejemplo, diabetes), asma, trastornos sanguíneos, ausencia de bazo, deficiencias de componentes del complemento, implante coclear o fugas del líquido cefalorraquídeo? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo? Encierre con una línea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene o alguien de la familia cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico? Encierre con una línea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿En los últimos 3 meses ha tomado medicamentos que afecten su sistema inmunológico, 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 ha tenido tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido usted alguna vez convulsiones, parálisis, o problemas del sistema nervioso o del cerebro? Rodee con un círculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En los últimos 12 meses, ha recibido usted alguna transfusión de sangre, productos de la sangre o le han dado medicinas llamadas inmuno (gamma) globulina, o medicamentos antivirales? Rodee con un círculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Para mujeres: ¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de quedarse embarazada en los próximos 30 días? Si está embarazada, ¿de cuántas semanas está? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha recibido usted alguna vacuna en las últimas cuatro semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha padecido usted la enfermedad de la varicela? En qué año aproximadamente: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Su peso en libras: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Necesita hacerse un test de la tuberculosis (TB) en las próximas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Fuma usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adapted from the Immunization Action Coalition

Le pedimos que se espere unos 15 minutos en la clínica después de recibir las vacunas.

Firma de la persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la enfermera: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Interpreter use: Pacific Interpreters (phone): \_\_\_\_\_  Yes  No  
In-Person (name): \_\_\_\_\_ Declined:  Yes  No