

## Preguntas sobre la evaluación de vacunas

No tiene que contestar todas las preguntas. Pregunte si tiene dudas.

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de segundo nombre : \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

## Preguntas de evaluación

Pregunta	Si	No	No estoy seguro
1. ¿Estás enfermo hoy?			
2. ¿Tiene alguna alergia? En caso afirmativo, indique: _____ ¿Su reacción alérgica fue extremadamente grave (anafiláctica)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave, como problemas para respirar o una urgencia médica, después de recibir una vacuna?			
4. ¿Tiene alguno de los siguientes? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Problemas de salud a largo plazo en el corazón, los pulmones (incluido el asma), los riñones, el hígado o el sistema nervioso?</li> <li>• ¿Una enfermedad metabólica (incluida la diabetes), un trastorno sanguíneo, la ausencia de bazo, un implante coclear o una fuga de líquido espinal?</li> </ul>			
5. ¿Toma regularmente aspirinas o salicilatos?			
6. ¿Tiene, un hermano o uno de sus padres padece cáncer, leucemia, VIH/sida o algún otro problema del sistema inmunitario?			
7. En los últimos 6 meses, ¿ha tomado medicamentos que afecten a su sistema inmunológico, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer?</li> <li>• ¿Medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis?</li> <li>• ¿Tratamientos de radiación?</li> </ul>			
8. ¿Ha tenido usted, un hermano o uno de sus padres un ataque o un problema cerebral o de otro sistema nervioso (incluido el síndrome de Guillain-Barré)?			
9. ¿Le han diagnosticado alguna vez una enfermedad cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha padecido el síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-A o MIS-C)?			
10. En el último año, ¿ha recibido inmunoglobulina (gamma), sangre/productos sanguíneos o un medicamento antivírico?			
11. ¿Está embarazada o planea estarlo en el próximo mes?			
12. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?			
13. ¿Necesita hacerse una prueba de TB (tuberculosis) en las próximas 4 semanas?			
14. <b>Para niños de 2 a 4 años:</b> ¿Le ha dicho un médico que su hijo tenía respiración sibilante o asma en los últimos 12 meses?			
15. <b>Para bebés:</b> ¿Le han dicho alguna vez que su hijo tenía invaginación intestinal (parte del intestino se desliza dentro de otra parte adyacente del intestino)?			
16. ¿Se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de una inyección?			

Su firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si el tutor da su consentimiento verbal por teléfono, indique su nombre y apellidos: \_\_\_\_\_