Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de adultos

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
mes día año

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

	sí	no	no sé
1. ¿Está enfermo hoy?	☐	☐	☐
2. ¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, componente de vacunas o al látex?	☐	☐	☐
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción seria después de aplicarse una vacuna?	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐
5. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	☐	☐	☐
6. ¿Uno de sus padres, hermanos o hermanas tiene algún problema en su sistema inmunitario?	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐
8. ¿Ha tenido convulsiones o un problema del cerebro o del sistema nervioso?	☐	☐	☐
9. Durante el año pasado, ¿recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o se le administró inmunoglobulina, gammaglobulina o algún medicamento antiviral?	☐	☐	☐
10. Para las mujeres: ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada durante el mes que viene?	☐	☐	☐
11. ¿Se le aplicó alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐

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.

immunization action coalition
IAC
immunize.org

"Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Adults"

Saint Paul, Minnesota • 651-647-9009 • www.immunize.org • www.vaccineinformation.org

www.immunize.org/catg.d/p4065-01.pdf • Item #P4065-01 Spanish (10/20)