

## Cuestionario de selección para vacunación de niños y adolescentes

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

<b>Para los padres:</b> Estas preguntas nos ayudarán a decidir qué vacunas necesita su niño(a) hoy. Si responde "Sí" a alguna de las preguntas, esto no quiere decir que su hijo(a) no se pueda vacunar. La enfermera quizás necesite hacerle más preguntas.	Sí	No	No Sabe
¿Es usted uno de los padres del niño(a) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. ¿Está el niño enfermo(a) hoy? Lístelas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene el niño(a) alergias a medicamentos, comida, látex o a las vacunas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido el niño(a) alguna reacción grave al recibir vacunas en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene el niño alguna enfermedad pulmonar, cardíaca, renal o metabólica (por ejemplo, diabetes), asma, trastornos sanguíneos, ausencia de bazo, deficiencias de componentes del complemento, implante coclear o fugas del líquido cefalorraquídeo? ¿Está él / ella en terapia de aspirina a largo plazo? Encierre con una línea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si el niño(a) tiene entre 2 y 4 años: En los últimos 12 meses, ¿le ha dicho el doctor que su niño(a) tiene sibilancias o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si es un bebé, ¿le han dicho alguna vez que él o ella ha tenido intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido el niño(a) el hermano, el padre o madre convulsiones, parálisis, problemas del sistema nervioso o del cerebro? Rodee con un círculo	<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? Encierre con una línea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿En los últimos 3 meses, el niño ha tomado medicamentos que afecten el sistema inmunitario, 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 tuvo tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido el niño(a) una transfusión de sangre, productos de la sangre, o le han dado una medicina llamada inmuno (gama) globulina o un medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Para niñas: ¿Está la niña embarazada o hay alguna posibilidad de que pueda quedarse embarazada en los próximos 30 días? Si está embarazada, ¿de cuántas semanas está? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Ha recibido el niño(a) alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Ha padecido el niño(a) la enfermedad de la varicela? En qué año aproximadamente: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. El peso actual del niño(a) en libras: _____			
15. ¿Necesita hacerse un test de la tuberculosis (TB) en las próximas 4 semanas?	<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: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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