Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(mes) (día) (año)

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos dar hoy a su hijo. Si contesta "sí" a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no deben vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	Sí	No	No sabe
1. ¿Está enfermo hoy el niño?	☐	☐	☐
2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	☐	☐	☐
3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	☐	☐	☐
4. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	☐	☐	☐
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿le dijo algún profesional de la salud en los últimos 12 meses que el niño tuvo sibilancias o asma?	☐	☐	☐
6. Si el niño es bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo intususcepción?	☐	☐	☐
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; ha tenido el niño problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	☐	☐	☐
8. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	☐	☐	☐
9. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño medicamento que debiliten su sistema inmunológico, tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?	☐	☐	☐
10. Durante el año pasado, ¿le hicieron al niño una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o algún medicamento antiviral?	☐	☐	☐
11. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	☐	☐	☐
12. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐

Formulario llenado por: _____ Fecha: _____

Formulario revisado por: _____ Fecha: _____

¿Trajo el comprobante de vacunación de su hijo? **sí** ☐ **no** ☐

Es importante que tenga un comprobante de vacunación personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al profesional de la salud de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de a su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo todas las veces que su hijo reciba atención médica. Su hijo necesitará este documento importante por el resto de su vida para ingresar a la guardería o a la escuela, para empleos o para viajar al extranjero.

Translation by Transcend, Davis, CA

www.immunize.org/catg.d/p4060-01.pdf • Item #P4060-01 Spanish (10/12)