Cuestionario para la vacunación de adultos

Nombre y apellido: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Domicilio postal: _____ **Ciudad:**_____ **Código Postal:** _____

Número de Teléfono: _____ **Nombre de madre:** _____ **CAIR #** _____

Para los pacientes: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas debe recibir hoy. Si alguna pregunta no está clara, por favor pídale a la enfermera que se la explique.

	Yes	No
1. ¿Está usted enfermo hoy?	☐	☐
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos (huevos, gelatina), látex o alguna vacuna? Favor de explicarse: _____	☐	☐
3. ¿Ha tenido usted alguna reacción seria después de vacunarse?	☐	☐
4. ¿Tiene usted cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o cualquier otra enfermedad del sistema inmunológico?	☐	☐
5. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado usted cortisona, prednisona, otros esteroides, drogas anti-cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?	☐	☐
6. ¿Ha tenido alguna vez convulsiones o problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	☐	☐
7. Durante el año pasado, ¿Le hicieron una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron gammaglobulina (IG) o un medicamento antiviral?	☐	☐
8. Para mujeres: ¿Es posible que usted esté embarazada o que quede embarazada durante el próximo mes?	☐	☐
9. ¿Han recibido usted alguna vacuna durante las últimas cuatro semanas?	☐	☐
10. La persona que se va a vacunar, ¿ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	☐	☐

<u>Para recibir la vacuna FluMist conteste las siguientes preguntas tambien.</u>

11. La persona que se va a vacunar, ¿tiene menos de 2 años or más de 49 años?	☐	☐
12. La persona que se va a vacunar, ¿tiene algún problema de salud crónico como; enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, enfermedad neurológica o neuromuscular, enfermedad del hígado, alguna enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia o alguna otra enfermedad de la sangre?	☐	☐
13. Si la persona que se va a vacunar tiene sibilancias o asma no puede recibir FluMist.?	☐	☐
14. La persona que se va a vacunar, ¿vive, o espera tener contacto cercano, con una persona con el sistema inmunológico gravemente afectado y que tiene que estar en un ambiente protegido y aislado (por ejemplo, una habitación de aislamiento de una unidad de trasplante de médula ósea)?	☐	☐

Firma: _____ **Fecha de hoy:** _____

For Staff Use Only: Next to each vaccine received please add injection site:

Administered by: _____

P/C _____ ☐ **State**

☐ **PRIVATE**

☐ **317**

- ☐ Uninsured
- ☐ Underinsured (insurance doesn't cover vaccines, or certain vaccines, or fixed dollar limit has been reached)

Tdap Lot#	**Td**	**MMR**	**Hep A Lot #**	**Hep B Lot #**	**Twinrix**	**Polio**	**Pneumo**	**Flu**
Site	Site	Site	Site	Site	Site	Site	Site	Site