

CUESTIONARIO DE VACUNACION PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Para los padres o tutores: Este cuestionario nos ayuda a decidir cuales vacunas deben administrarse en la clínica el día de hoy. Por favor conteste las preguntas marcando los cuadros. Si no entiende alguna de las preguntas por favor pídale a la enfermera que se la explique

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Esta el niño(a) enfermo hoy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Es el niño(a) alérgico a medicamentos, algún alimento (huevos, gelatina), látex o algún componente de las vacunas?
Favor de explicarse: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha tenido el niño(a) alguna reacción seria a alguna vacuna que haya recibido en el pasado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Si el niño es un bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo intususcepción? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/ SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. En los últimos 3 meses, ¿Ha tomado el niño cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han dado tratamientos de radiación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Durante el año pasado, ¿ha recibido el niño una transfusión de sangre o de productos de sangre, o le dieron gamaglobulina (IG), o algún medicamento antiviral ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Esta la niña/adolescente embarazada, o hoy alguna posibilidad de que quede embarazada el próximo mes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Ha recibido el niño(a) otras vacunas en las últimas 4 semanas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. La persona que se va a vacunar, ¿ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Para recibir la vacuna FluMist conteste las siguientes preguntas tambien.

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 12. La persona que se va a vacunar, ¿tiene menos de 2 años or más de 49 años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. La persona que se va a vacunar, ¿tiene algún problema de salud a largo plazo de 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Si la persona que se va a vacunar es un niño de 2 a 4 años, en los últimos 12 meses, ¿algún profesional de la salud le dijo que el niño tenía sibilancias o asma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. El niño o adolescente (2-17 años) que se va a vacunar, ¿recibe terapia con aspirina o terapia que contenga aspirina? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. 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)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nombre y Apellido del Niño(a):	Fecha de nacimiento:	Sexo	CAIR #	Post Card
1.		M F		
2.		M F		
3.		M F		
4.		M F		
Nombre de la Madre:	¿Tiene su niño alguna cobertura de salud médica? Marque una.			
Domicilio postal:	<input type="checkbox"/> Medi-Cal/CHDP			
Ciudad:	<input type="checkbox"/> NO tiene seguro médico privado			
Código postal:	<input type="checkbox"/> Es Indio-Americano o Nativo de Alaska			
Número de teléfono:	<input type="checkbox"/> Si tiene seguro médico privado			

Padre o Tutor: _____ Fecha de hoy: _____

For staff use only: Next to each vaccine received please add injection Site

Administered by:

| Name:
CAIR #
<input type="checkbox"/> VFC <input type="checkbox"/> State |
|--|--|--|--|
| DTaP | DTaP | DTaP | DTaP |
| IPV | IPV | IPV | IPV |
| Hib | Hib | Hib | Hib |
| Hep. B | Hep. B | Hep. B | Hep. B |
| PNUcon. (PCV13) | PNUcon. (PCV13) | PNUcon. (PCV13) | PNUcon. (PCV13) |
| Rota | Rota | Rota | Rota |
| Pediarix | Pediarix | Pediarix | Pediarix |
| Kinrix | Kinrix | Kinrix | Kinrix |
| Pentacel | Pentacel | Pentacel | Pentacel |
| MMRV | MMRV | MMRV | MMRV |
| VZV | VZV | VZV | VZV |
| MMR | MMR | MMR | MMR |
| Hep. A | Hep. A | Hep. A | Hep. A |
| Meningo (MCV4) | Meningo (MCV4) | Meningo (MCV4) | Meningo (MCV4) |
| Tdap Booster | Tdap Booster | Tdap Booster | Tdap Booster |
| HPV | HPV | HPV | HPV |
| Td Booster | Td Booster | Td Booster | Td Booster |
| Flu IIV LAIV | Flu IIV LAIV | Flu IIV LAIV | Flu IIV LAIV |

NOTICE OF PRIVACY _____ IZ REGISTRY CONSENT _____ VACCINE INFORMATION SHEET GIVEN _____

Pediarix = DTaP / IPV / HB

Kinrix = DTaP / IPV

Pentacel = DTaP / HIB / IPV