

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

Cuestionario de selección 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento o vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como asma, enfermedad de los pulmones, enfermedad del corazón, enfermedad de los riñones, enfermedad metabólica (como diabetes) o un trastorno de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido el niño convulsiones o algún otro problema del cerebro o del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tomado el niño cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 que le aplicaron a su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévalo 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.