



Lincoln-Lancaster County Health Department

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____
mes día año

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos administrar a su hijo hoy. Si responde "sí" a alguna pregunta, no necesariamente significa que no se debe vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, solicítele a su proveedor de atención médica que se la explique.

VFC: MC Underinsured Uninsured Alaskan/Native American

Sí No No Sé

1	¿Trajo su registro de vacunas con usted hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿El niño está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿El niño tiene una alergia a medicamento, alimento, componente de vacunas o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿El niño ha tenido alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿El niño tiene algún problema de salud crónico en los pulmones, el corazón o los riñones, o sufre de enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, no tiene bazo, tiene deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o derrame de líquido cefalorraquídeo? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Para niños que tienen entre 2 y 4 años, ¿le ha dicho algún proveedor de atención médica que el niño tuvo sibilancia o asma en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Solo si es un bebé, ¿le han dicho alguna vez que tuvo intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	¿El niño, uno de sus hermanos o uno de sus padres ha tenido convulsiones; o el niño ha tenido problemas cerebrales o algún otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	¿Le han diagnosticado alguna vez una enfermedad del corazón (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-A o SIM-C) después de una infección por el virus del COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	¿El niño o un miembro de su familia tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	¿En los últimos 6 meses, el niño ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunológico, tales como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o 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"/>
12	¿Uno de los padres, hermanos o hermanas del niño tiene algún problema en su sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	En el año pasado el niño ¿ha recibió inmunoglobulina (gamma), sangre/hemoderivados o un medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	¿La niña/adolescente está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	El niño ¿ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	¿El niño se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	¿El niño está ansioso por ponerse una vacuna hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Me han dado o he leído la(s) hoja(s) de información de vacunas. <input type="checkbox"/> (Por favor marcar)		Rechazar VIS <input type="checkbox"/> (Por favor marcar)	
Fecha: mes / día / año _____ / _____ / _____		<input checked="" type="checkbox"/>	
Firma de la persona que va recibir vacuna(s) o persona autorizada para solicitar servicios (padre/guardián si es menor de 19 años)		Relación (si no es usted)	
Name of Interpreter (if needed)	Signature of Interpreter (if needed)	Language Interpreted (if needed)	



*** NOTA: Este documento se vence 14 días desues de la fecha de firmar.

06/2024

www.immunize.org/catg.d/p4060.pdf · Item #P4060 (10/20)

Spanish