



Lincoln-Lancaster County Health Department

Lista de verificación de contraindicaciones de las vacunas para adultos

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento / /
mes día año

Para pacientes: las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy. Si responde "sí" a alguna pregunta, no significa necesariamente que usted no deba vacunarse. Solo significa que necesitamos hacerle más preguntas. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Adult: Private Pay Refugee AGR 37

	Sí	No	No Sé
1 ¿Trajo su registro de vacunas con usted hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, algún ingrediente de una vacuna o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ¿Ha tenido alguna vez una reacción seria después de recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ¿Tiene alguno de los siguientes problemas de salud a largo plazo con enfermedades cardíacas, pulmonares, renales o metabólicas (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, falta del bazo, implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está recibiendo tratamiento con aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ¿Tiene un padre/una madre, hermano o hermana con un problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 En los últimos 6 meses, ¿ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; para el o tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido radioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 ¿Ha tenido una convulsión o un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ¿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"/>
11 En el año pasado, ¿ha recibido inmunoglobulina a (gamma), sangre/hemoderivados o un medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 ¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 ¿Se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 ¿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)	
/ /		X	
Fecha: mes día año	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 después de la fecha de firmar.
www.immunize.org/catg.d/p4060.pdf item #P4060 (10/20) Spanish

06/2024