



Cuestionario de revisión para la inmunización de niños y adolescentes

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Para padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar a su hijo hoy.

	Sí	No	No sabe
1. ¿El niño se encuentra enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El niño es alérgico a algún medicamento, alimento (por ej. al huevo), componente de alguna vacuna o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez el niño tuvo alguna reacción grave a una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La persona que será vacunada, ¿es menor de 2 años de edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿El niño sufrió alguna enfermedad prolongada relacionada con una afección cardíaca, pulmonar, renal, neurológica, neuromuscular, metabólica (por ej. diabetes), asma, anemia u otro desorden sanguíneo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si el niño que será vacunado tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿algún profesional de la salud le informó, durante los últimos 12 meses, que su hijo haya presentado silbidos en el pecho o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si su hijo es bebé, ¿alguna vez le dijeron que haya tenido una intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿El niño, un hermano o uno de los padre ha sufrido convulsiones, el niño tuvo el síndrome de Guillain-Barre, sufrió enfermedades cerebrales u otras relacionadas con el sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿El niño padece cáncer, leucemia, SIDA o alguna otra enfermedad del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. En los últimos 3 meses, ¿el niño tomó algún medicamento que debilite el sistema inmunológico, como cortisona, prednisona, otros esteroides o drogas anticancerígenas, o recibió tratamiento radiactivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Durante el último año, ¿el niño recibió alguna transfusión de sangre o productos sanguíneos, o se le administró inmunoglobulina (gamma globulina) o alguna droga antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La persona que será vacunada, ¿vive o tiene contacto cercano con alguien cuyo sistema inmune está gravemente comprometido y que debe mantenerse en aislamiento preventivo (por ej. en el cuarto de aislamiento de una unidad de trasplante de médula ósea)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. La niña o adolescente, ¿está embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada dentro del próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿El niño recibió alguna vacuna durante las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. El niño o adolescente, ¿será vacunado recibiendo terapia de aspirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consentimiento: Comprendo los riesgos y los beneficios de las vacunas que se administrarán hoy, y solicito que se me apliquen, o que se le apliquen a la persona que figura a al comienzo, en representación de la cual estoy autorizado a brindar consentimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente

Formulario revisado por: _____ Fecha: _____

Vacunas que se administran hoy _____