



NOMBRE DE PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

Lista de Comprobación para Contraindicaciones de Vacunas para Niños

Para padres/guardianes: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuales vacunas se le pueden dar a su hijo(a) hoy. Si responde “sí” a cualquier pregunta, no significa necesariamente que su hijo(a) no deba ser vacunado(a). Simplemente significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, por favor, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Ha tenido tu hijo(s) fiebre en los pasados 48 horas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Su hijo tiene alergia a un componente de la vacuna o al látex? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha tenido su hijo(a) una reacción severa a una vacuna en el pasado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿He tenido su hijo(a) algun problema de salud con problemas pulmonares, cardíacos, renales o metabólico (por ejemplo, diabetes), o un trastorno sanguíneo? ¿Tiene terapia de aspirina a largo plazo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. En los últimos 3 meses, ha tomado su hijo(a) medicamentos que afectan el sistema inmune como la prednisone, otros esteroides, o drogas contra el cáncer, drogas para el tratamiento de artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o psoriasis; ha tenido tratamientos de radiación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Está embarazada la adolescente o existe la posibilidad de quedar embarazada durante el próximo mes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

COMPLETADO POR **PADRES:** _____ **FECHA** _____

PARA USO EN LA OFICINA SOLAMENTE	
VACUNA(S) REVISADA POR, MÉDICO: _____	FECHA _____
VACUNA(S), NOMBRE: _____	FECHA _____
VACUNA(S) ADMINISTRADAS, ENFERMERA: _____	FECHA _____

(actualizado 9/8/20)