Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____/_____/_____

Lista de verificación de detección para contraindicaciones de vacunas para niños y adolescentes

Para padres: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy. Si responde "sí" a alguna pregunta, no necesariamente significa que no deba vacunarse. Solo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale al profesional de atención médica que se la explique.

		Sí	No	No lo sé
1.	¿Está enfermo el niño hoy?	☐	☐	☐
2.	¿Es el niño alérgico a algún medicamento, alimento, componente de la vacuna o al látex?	☐	☐	☐
3.	¿Ha tenido el niño una reacción grave a una vacuna en el pasado?	☐	☐	☐
4.	¿Tiene el niño alguna enfermedad pulmonar (incluido el asma), renal o metabólica (p. ej., diabetes), un trastorno sanguíneo, ausencia de bazo, un implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo?	☐	☐	☐
5.	¿Toma el niño aspirinas o salicilatos regularmente?	☐	☐	☐
6.	**Para bebés:** ¿Alguna vez le han dicho que el niño tiene intususcepción?	☐	☐	☐
7.	**Si el niño que se va a vacunar tiene entre 2 y 4 años de edad:** ¿Le ha dicho algún profesional de atención médica que el niño tuvo sibilancias o asma en los últimos 12 meses?	☐	☐	☐
8.	¿Han tenido convulsiones el niño, un hermano o uno de sus padres? ¿Ha tenido el niño problemas cerebrales o del sistema nervioso?	☐	☐	☐
9.	¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	☐	☐	☐
10.	En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño medicinas que afecten su sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; ha tomado medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido tratamientos de radiación?	☐	☐	☐
11.	¿Alguna vez se le ha diagnosticado al niño una afección cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C) después de una infección con el virus que causa el COVID-19?	☐	☐	☐
12.	¿Tienen los padres o hermanos del niño un problema del sistema inmunológico?	☐	☐	☐
13.	En el último año, ¿ha recibido el niño una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o le han administrado inmunoglobulina (gammaglobulina) o un medicamento antiviral?	☐	☐	☐
14.	¿Está la niña o adolescente embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes?	☐	☐	☐
15.	¿Recibió el niño vacunas en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐

Formulario completado por: _____ **Fecha:** _____

Formulario revisado por: _____ **Fecha:** _____

¿Trajo la tarjeta de registro de vacunación de su hijo? **Sí** **No** ☐ ☐

Es importante tener un registro personal de las vacunas de su hijo. Si no tiene uno, pídale a su profesional de atención médica que le dé uno con todas las vacunas de su hijo registradas en él. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo cada vez que busque atención médica para su hijo. Su hijo necesitará esta documentación para ingresar a la guardería o la escuela, para trabajar o para viajar al extranjero.

FHD-CL-IMM-2 (Niños/adolescentes) Adquirido de http://www.immunize.org. Agradecemos a Immunization Action Coalition.

Rev.: 12/07/2018, 08/29/2024