

Cuestionario de revisión de inmunizaciones

- Es importante que mantenga un registro de sus vacunas. Si no tiene uno, pídale al proveedor de atención médica que le dé uno. **Traiga su registro de vacunación cada vez que solicite atención médica.**
- Usted debe permanecer en el departamento de salud por 15 ó 20 minutos después de recibir las vacunas.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
(mes) (día) (año)

Para pacientes: Las preguntas siguientes nos ayudarán a determinar qué vacunas puede recibir hoy. Marque con una ✓ la respuesta adecuada. Si alguna pregunta no está clara, pida que se la explique su proveedor de atención médica.

Preguntas	Sí	No	No lo sabe
1. ¿Ha tenido fiebre o ha estado enfermo recientemente?			
2. ¿Tiene alguna alergia a medicamentos o alimentos? Marque todas las que correspondan: huevos, levadura, timerosal, neomicina, estreptomina, medicamentos que contienen sulfa, epinefrina o benadril. Indique cualquier otra _____			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica u otra reacción grave después de recibir alguna vacuna?			
4. ¿Tiene cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico usted o alguna otra persona en su casa?			
5. ¿Toma cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer? ¿O ha recibido tratamientos de radiación?			
6. Durante el año pasado, ¿recibió una transfusión de sangre o productos de sangre, o se le ha dado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma)?			
7. ¿Está embarazada o existe alguna posibilidad de que se embarace en los próximos 3 meses? Fecha de la última menstruación _____			
8. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?			
9. ¿Ha tenido alguna vez convulsiones; perturbaciones psiquiátricas o trastornos nerviosos o cerebrales?			
10. ¿Tiene algún problema de salud grave? Si es así, indique cuál _____			
11. ¿Toma algún medicamento en la actualidad? Si es así, indique cuáles _____			
12. ¿Trajo su registro de vacunación?			

CUESTIONARIO DEL CLIENTE REVISADO _____
PHN, FIRMA DE ENFERMERA DE SALUD PÚBLICA

SÓLO PARA ANOTACIONES DEL MÉDICO

CUESTIONARIO DEL CLIENTE REVISADO _____
FIRMA DEL MÉDICO