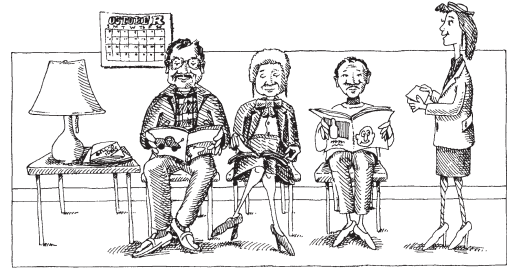


Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (mes) (día) (año)

# Cuestionario de selección para vacunación de adultos



**A los pacientes:** Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podemos dar hoy. Si contesta “sí” a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no lo deben vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	Sí	No	No sabe
1. ¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico a algún medicamento, alimento o vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tuvo alguna vez una reacción seria después de vacunarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tiene algún problema de salud a largo plazo, como enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, enfermedad metabólica (como diabetes), anemia o algún otro trastorno de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Toma cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de rayos X?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tuvo alguna vez un ataque (convulsión) o algún problema del cerebro o de los nervios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Durante el año pasado, ¿le hicieron una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron un medicamento llamado inmunoglobulina o gamaglobulina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Para las mujeres: ¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada en el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Le aplicaron alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario llenado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Formulario revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**¿Trajo su comprobante de vacunación?**      sí     no

Es importante que tenga un comprobante de vacunación personal. Si no lo tiene, pídale a su profesional de la salud que le dé uno. Consérvelo en un lugar seguro y llévelo todas las veces que reciba atención médica. Asegúrese de que su profesional de la salud escriba allí todas las vacunas que reciba.