

CUESTIONARIO DE SELECCIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA VACUNAS

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo F o M

¿Qué vacunas desea recibir hoy? _____

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy. Si responde “sí” a una pregunta, no significa necesariamente que a usted no se lo debe vacunar. Solo significa que se deben hacer más preguntas. Si una pregunta no está clara, pida al farmacéutico que se la explique.

	SÍ	NO	INSEGURO
1. ¿Está enfermo hoy?			
2. ¿Tiene algún tipo de alergia a los medicamentos, a los alimentos, a los componentes de las vacunas o al látex?			
3. ¿Alguna vez tuvo una reacción grave después de recibir una vacuna?			
4. ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo con cardiopatía, enfermedad pulmonar, asma, nefropatía, enfermedad metabólica, anemia o algún otro trastorno en la sangre?			
5. ¿Tiene cáncer, leucemia, virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario?			
6. En los últimos 3 meses, ¿ha recibido medicamentos que afectan el sistema inmunitario, como prednisona, otros corticosteroides o fármacos antineoplásicos; ha recibido fármacos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido tratamientos con radiación?			
7. ¿Ha tenido una convulsión o un problema cerebral o del sistema nervioso (p. ej., síndrome de Guillain-Barre)?			
8. Durante el último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre o hemoderivados, o se le ha administrado un concentrado de inmunoglobulinas (gammaglobulina) o un fármaco antiviral?			
9. Para mujeres: ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda estar embarazada durante el siguiente mes?			
10. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?			

Formulario completado por _____ Fecha _____

Formulario revisado por _____ Fecha _____

Fecha de la DECLARACIÓN INFORMATIVA _____
SOBRE VACUNAS (Vaccine Information
Statement, VIS)

ALERTA _____

