

Cuestionario de selección para inmunización de adultos



Nombre del cliente _____			
Fecha de nac. ____/____/____	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	
Dirección de envío _____		Ciudad _____	Estado _____
Teléfono _____		Código postal _____	
¿Es residente de Wyoming? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Tiene seguro de salud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si la respuesta es afirmativa, ¿el seguro cubre el costo de la vacuna? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

	Sí	No	No sabe
1. ¿Está enfermo/a hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, el componente de alguna vacuna o el látex? Si la respuesta es afirmativa, especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo con enfermedad pulmonar, cardíaca, renal o metabólica (p. ej., diabetes), asma, un trastorno sanguíneo, le falta el bazo, deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o filtración de líquido cefalorraquídeo? ¿Recibe tratamiento prolongado con aspirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/sida, o algún otro trastorno del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguno de sus padres o hermanos tienen otro trastorno del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que afecten el sistema inmunitario, como prednisona, otros corticoesteroides, o fármacos anticancerosos; fármacos para el tratamiento de la artritis reumatoidea, enfermedad de Crohn o la psoriasis; o recibió tratamiento de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tuvo convulsiones o un problema en el cerebro o en el sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En el último año, ¿recibió una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o se le administró inmunoglobulina (gamma) o un fármaco antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Para las mujeres: ¿Está embarazada o hay probabilidades de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Al firmar a continuación, presto mi consentimiento para que se administren todas las inmunizaciones actuales apropiadas para mí. He leído las Declaraciones de información sobre la vacuna de las vacunas que se administrarán hoy. Un profesional de servicios de salud proporcionó información y asesoramiento sobre cada vacuna, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción.

Firma del cliente _____ Fecha _____

Testigo _____