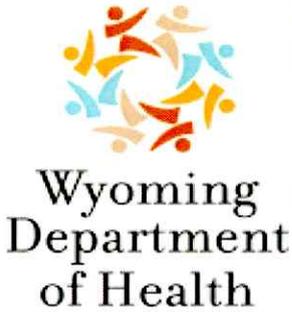


# Cuestionario de selección para inmunización de niños/adolescentes



Nombre del cliente \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección de envío \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Masculino  Femenino

¿Es residente de Wyoming? Sí  No

Medicaid  No asegurado  Subasegurado  Asegurado

Indígena norteamericano/ Nativo de Alaska

¿El seguro cubre el costo de la vacuna? Sí  No

	Sí	No	No sabe
1. ¿Su hijo/a está enfermo/a hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su hijo/a 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. ¿Su hijo/a tuvo una reacción grave a alguna vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Su hijo/a tiene algún problema de salud a largo plazo con una 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. Si su hijo/a es un bebé, ¿alguna vez le han dicho que tiene invaginación intestinal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Su hijo/a, sus hermanos o padres tuvieron convulsiones; su hijo/a tuvo problemas cerebrales o del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Su hijo/a tiene cáncer, leucemia, VIH/sida, o algún otro trastorno del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Alguno de los padres o hermanos de su hijo/a tienen otro trastorno del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En los últimos 3 meses, ¿su hijo/a 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"/>
10. En el último año, ¿su hijo/a 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"/>
11. ¿La niña/adolescente está embarazada o hay probabilidades de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Su hijo/a ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si su hijo/a recibirá la vacuna contra la gripe, responda también la pregunta 13:</b>			
13. Si su hijo/a que será vacunado/a tiene entre 2 y 4 años, ¿un proveedor de servicios de salud le informó que su hijo/a tuvo sibilancia o asma en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>