



# HISTORIAL MÉDICO Y VERIFICACIÓN DE DETECCIÓN DE CONTRAINDICACIONES PARA LAS VACUNAS

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LAS VACUNAS (PACIENTE)		FECHA DE NACIMIENTO		
		Mes	DÍA	AÑO
DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: <b>NO</b> OFRECEMOS LAS SIGUIENTES VACUNAS PARA VIAJES: ÁNTRAX, CÓLERA, ENCEFALITIS JAPONESA, VIRUELA, TIFOIDEA Y FIEBRE AMARILLA. SI ESTÁ INTERESADO EN RECIBIR UNA VACUNA PARA VIAJES, HABLE CON SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA.				
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS NOS AYUDARÁN A DETERMINAR QUÉ VACUNAS PUEDE SER APLICADA HOY A LA PERSONA QUE RECIBE LAS VACUNAS. SI RESPONDE "SÍ" A CUALQUIER PREGUNTA, NO SIGNIFICA NECESARIAMENTE QUE LA PERSONA QUE RECIBE LAS VACUNAS NO DEBE SER VACUNADA. SÓLO SIGNIFICA QUE PUEDEN SER NECESARIAS PREGUNTAS ADICIONALES. SI ALGUNA PREGUNTA NO ES CLARA, HABLE CON SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA.				
PREGUNTAS			Comentarios	
1.	¿Tiene el paciente alergias a medicamentos, alimentos, algún componente de vacunas o al látex?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
2.	¿Ha tenido el paciente una reacción grave a alguna vacuna en el pasado?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
3.	Si la paciente está en edad fértil, ¿cuándo fue el primer día de su último período menstrual? (por favor especifique en los comentarios)		N/A <input type="checkbox"/>	
4.	¿La paciente está embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
5.	¿Tiene el paciente un problema de salud a largo plazo con enfermedad cardíaca, pulmonar, renal o metabólica (por ejemplo, diabetes), asma, un trastorno sanguíneo, falta de bazo, deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
6.	¿El paciente está en terapia de aspirina a largo plazo o está tomando anticoagulantes?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
7.	¿Le han dicho a la persona que recibe la vacuna que tuvo sibilancias o asma en los últimos 12 meses?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
8.	¿Alguna vez se le dijo a la paciente o tuvo invaginación intestinal (obstrucción intestinal)?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
9.	¿Ha tenido el paciente, su hijo, hermano o padre alguna vez una convulsión, un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso (por ejemplo, síndrome de Guillain-Barré)?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
10.	¿Tiene el paciente cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
11.	En los últimos 3 meses, ¿el paciente ha tomado medicamentos que afecten su sistema inmunológico, como prednisona, cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, Enfermedad de Crohn o psoriasis? ¿O el paciente ha recibido algún tratamiento de radiación?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
12.	Durante el año pasado, ¿recibió el paciente una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o le administraron inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
13.	¿Ha recibido el paciente alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
14.	¿El paciente ha tenido la enfermedad de Varicela?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si es así, ¿qué edad?
15.	¿Le gustaría al paciente recibir la vacuna COVID-19? En caso afirmativo, complete el documento a continuación.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Para todas las mujeres en edad fértil: Al firmar a continuación, reconozco y entiendo que si recibo alguna vacuna con virus vivos durante mi visita, debo practicar el método anticonceptivo de mi elección durante las próximas cuatro semanas después de recibir cualquier vacuna viva.				
Las declaraciones que he hecho, incluidas mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Entiendo que dar información falsa podría provocar lesiones graves o incluso la muerte. Reconozco y acepto que firmar esta lista de verificación de detección de contraindicaciones para las vacunas es un acto voluntario de mi parte y que he firmado este documento por mi propia voluntad y acto.				
<b>Nombre en letra de la Persona que Completó la Solicitud</b>		<b>Firma de la Persona que Completó la Solicitud</b>		<b>Relación con el Paciente</b>
				<b>Fecha</b>
FOR OFFICE USE ONLY				
Form Reviewed By			Date	

Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_