Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/__/___
mes día año

Cuestionario para la vacunación de adultos

Para los pacientes: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas debe recibir hoy. Si alguna pregunta no está clara, por favor pídale a su proveedor de salud que se la explique.

	Sí	No	No Sabe
1. ¿Está usted enfermo en la actualidad?	____	____	____
2. ¿Está usted tomando algún medicamento/medicina/jarabe?	____	____	____
3. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, o alguna vacuna?	____	____	____
4. ¿Tiene usted un problema médico continuo/seguido?	____	____	____
5. ¿Ha tenido usted alguna reacción seria a las vacunas en algún momento?	____	____	____
6. ¿Tiene usted cáncer, leucemia, SIDA, o cualquier otra enfermedad del sistema inmunológico?	____	____	____
7. ¿Toma usted cortisona, prednisona, otros esteroides, drogas anticáncer, o ha estado expuesto a un tratamiento con rayos X?	____	____	____
8. ¿En el curso del año pasado, ha recibido usted alguna transfusión de sangre, plasma, o una medicamento llamado gamaglobulina inmunológica?	____	____	____
9. Para mujeres: ¿Es posible que usted esté embarazada o alimentar al pecho o que quede embarazada en el próximo mes?	____	____	____
10. ¿Ha recibido usted alguna vacuna durante las últimas cuatro semanas?	_____	____	____
11. La siguiente pregunta es solamente para las personas que están recibiendo la vacuna de la influenza. ¿En el pasado a estado usted paralizado/inmovilizado por el síndrome, "Guillain-Barre"?	____	____	_____
12 ¿Alguna ves, usted se a desmayado cuando se le a sacado sangre o se le a puesto una inyección?	____	____	____

Completado por:_____ Fecha: _____

Comments: _____ **RN Initials** _____

Adapted from the Immunization Action Coalition • 1573 Selby Ave • St Paul, MN 55104 • (651) 647-9009 • www.immunize.org
N:\DIVISION\Phc\PH-OPEN\CD\PNP\P&P\screening questionnaire for adult immunization-Spanish.doc