

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(mes) (día) (año)

# Lista de comprobación de identificación de contraindicaciones de vacunas para adultos

**Para los pacientes:** Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas podría recibir hoy. Si responde "sí" algunas de las preguntas, no necesariamente significa que no debería vacunarse. Solo significa que se deberán hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no es clara, pida a su proveedor de atención médica que se la explique.

		Sí	No	No sé
1.	¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, a un componente de la vacuna o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Alguna vez tuvo una reacción grave después de recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Tiene un problema de salud desde hace mucho tiempo relacionado con enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia u otros trastornos sanguíneos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que afectan su sistema inmunitario tales como, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o psoriasis; o ha recibido tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Ha tenido un ataque epiléptico o un problema cerebral, u otro problema en el sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Durante el último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o se le ha administrado inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Para las mujeres: ¿Está embarazada o existe una posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario completado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Formulario revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**¿Trajo su tarjeta de registro de inmunizaciones con usted?    sí     no**

Es importante que tenga un registro personal de sus vacunas. Si no tiene un registro personal, pídale a su proveedor de atención médica que le dé uno. Guarde este registro en un lugar seguro y llévelo con usted cada vez que busque atención médica. Asegúrese de que su proveedor de atención médica anote todas sus vacunas allí.