

Lista de revisión para para contraindicaciones

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____

mes día año

a las vacunas para niños y adolescentes

Para padres/guardianes: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas puede recibir hoy su hijo(a). Si responde "sí" a alguna de las preguntas, no significa necesariamente que su hijo no deba ser vacunado. Solo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si alguna pregunta no está clara, pídale a su médico que se la explique.

	sí	no	no sé
1. ¿Está el niño enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El niño tiene alguna alergia a medicamento, alimento, componente de una vacuna o látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El niño ha tenido alguna reacción grave a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿El niño tiene alguna problema de salud a largo plazo de corazón, pulmón, riñón, bazo (por ejemplo, anemia falciforme) o enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), asma, un trastorno sanguíneo, un implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo, o trastorno de la glándula timo? ¿Está en tratamiento prolongado con spirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Para niños de 2 a 4 años: ¿Le ha dicho algún profesional médico que el niño tenía sibilancias o asma en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Para bebés: ¿Le han dicho alguna vez que el niño tenía invaginación intestinal (el intestino se desliza sobre sí mismo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha sufrido el niño, un hermano o uno de sus padres convulsiones; ha tenido un problema cerebral o de otro sistema nervioso (por ejemplo, síndrome de Guillain-Barré (SGB)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se le ha diagnosticado al niño alguna afección cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha padecido del Síndrome Inflamatorio Multisistémico (SMI-C) tras una infección por el virus que causa COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene el niño algún problema del sistema inmunitario, como cáncer, leucemia o VIH/sida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. En los últimos 6 meses, el niño ha tomado medicamentos que afecten al sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para tratar la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o se ha sometido a tratamientos de radiación; ¿Padecen los padres o hermanos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿del niño algún problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. En el último año, ¿ha recibido el niño inmunoglobulina (gamma), sangre/ productos sanguíneos o un medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿La niña/adolescente está embarazada, o la lactancia materna o existe la posibilidad de que lo esté durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha sido vacunado el niño en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de una inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿El niño está ansioso por vacunarse hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿El niño ha tenido la enfermedad COVID-19 en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO COMPLETADO POR _____

FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____

FECHA _____

¿Ha traído otras cartillas de vacunación?

sí no

adaptado de:



**DEPARTAMENTO DEL CONDADO DE OTTAWA
ASENSO PARA VACUNAS PARA LA AUTORIZACION
DE UN INDIVIDUO NO-PADRE O NO-GUARDIAN**

Yo doy permiso para que mi hijo/a _____

sea inmunizada por el Departamento de Salud del Condado de Ottawa. Yo también doy

permiso que _____

acompañe a mi hijo/a cuando reciba sus vacunas y para que firme la tarjeta de las vacunas en mi ausencia.

Yo he recibido una copia y he leído o he tenido la información explicado que se contiene

en la DECLARACION INFORMATIVO SOBRE VACUNAS sobre las enfermedad (es)

y las vacuna (s) que serán dados. Yo he leído y completado la CUESTIONAIRO DE

SELECCIÓN PARA VACUNACIÓN DE NINOS Y ADOLESCENTES que se

encuentra en el lado reverso de esta forma de asenso. He tenido la oportunidad para

llamar al Departamento de Salud del Condado de Ottawa. Yo pienso que entiendo los

beneficios y los riesgos asociados con las vacunas específicas. Como tengo autoridad de

dar permiso para aquello individuo, yo pido que las vacunas que he pedido se darán a la

persona nombrada (hijo/a) y pido que las vacunas que he pedido se darán a la persona

nombrada (hijo/a) y pido que las vacunas dados sean documentados en la cartilla de

vacunas.

Esta forma de asenso será firmado y la evaluación de salud completada dentro de 24

horas antes que su hijo/a reciba las vacunas.

Firma de Padre o Guadrián Legal

Fecha

Si tiene preguntas o preocupaciones, por favor de llamar:
El Departamento De Salud de Condado de Ottawa
616-396-5266