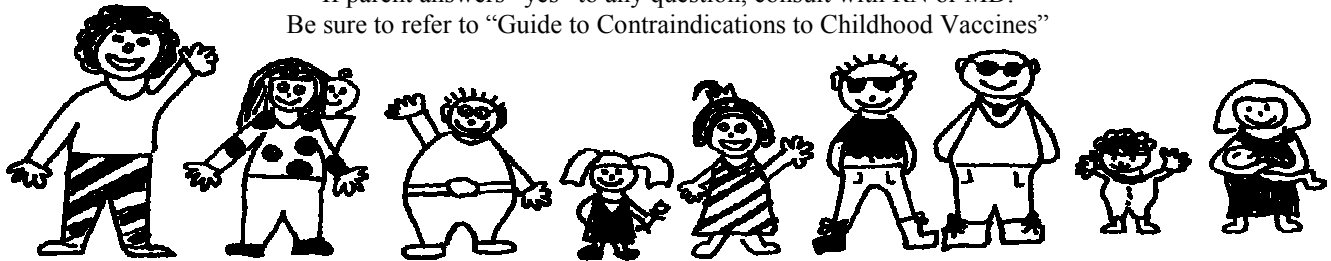


CUESTIONARIO BÁSICO DE VACUNACIÓN

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTE PREGUNTAS MARCANDO UNA "X" EN LA CAJITA APROPIADA FIRME Y PONGA LA FECHA ABAJO.

If parent answers "no" to all these questions, immunize the child.
 If parent answers "yes" to any question, consult with RN or MD.
 Be sure to refer to "Guide to Contraindications to Childhood Vaccines"



Nombre de Niño(a): _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1. ¿Está el/la niño(a) enfermo(a)?										
2. ¿Es el/la niño(a) alérgico a algún medicamento, comida o vacuna?										
3. ¿Ha tenido el/la niño(a) alguna reacción severa a una vacuna?										
4. ¿Ha sufrido el/la niño(a) algún ataque o problema del cerebro?										
5. ¿Tiene el/la niño(a) cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico?										
6. ¿Ha tomado el/la niño(a) cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos anticánceres o tratamientos radiográficos durante los últimos 3 meses?										
7. ¿Ha recibido el/la niño(a) una transfusión de sangre o plasma, o ha recibido un medicamento llamado inmunoglobulina durante el último año?										
8. ¿Está la niña/adolescente embarazada o tiene ella la posibilidad de quedar embarazada durante los próximos 3 meses? Fecha de su última menstruación : _____										
9. ¿Ha recibido el/la niño(a) una vacuna durante las últimas 4 semanas?										
10. <u>Para Infantes solamente:</u> ¿Está la madre del infante crónicamente infectada con hepatitis B? (¿Es la madre de este niño(a) una portadora de hepatitis B?)										

1 2 3 4 5

Firma de Padre/Guardian

Fecha

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

