

Formulario de contraindicación y precaución de vacunación

Preguntas Medicas Generales	SI	NO
1. ¿Tiene usted fiebre o se siente enfermo(a) hoy?		
Vacunas Inactivas de la Gripe (TIV o Novel H1N1)	SI	NO
1. ¿Usted ha tenido alguna reacción severa a la vacuna contra la gripe o algún componente en la vacuna?		
2. ¿Tiene usted una alergia severa a los huevos?		
3. ¿Tiene alguna alergia severa a thimerosal, un preservativo usado en algunas vacunas?		
4. ¿Tiene usted alguna alergia severa a látex?		
5. ¿Usted ha tenido el síndrome de Guillan-Barre (GBS)?		
Vacuna viva atenuada contra la influenza (LAIV o Viva Novel H1N1)	SI	NO
1. ¿Ha tenido usted alguna reacción severa a la vacuna entre nasal de la gripe (FluMist)?		
2. ¿Tiene usted una alergia seria a los huevos o a otros componentes en la vacuna (MSG, arginina, gentamicina y gelatina)?		
3. ¿Es usted menor de 2 años o mayor de 49 años?		
4. ¿Está usted embarazada o piensa quedar embarazada en el siguiente mes?		
5. ¿Tiene usted alguna condición médica de largo plazo tal como enfermedad cardíaca, pulmonar, asma, metabólica (tal como diabetes), del hígado (cirrosis), del riñón, o un desorden de sangre (leucemia, linfoma, enfermedad de célula de hoz)?		
6. ¿Tiene usted un sistema inmunológico débil debido al VIH/SIDA u otras enfermedades que afectan al sistema inmunológico, o terapia esteroide de largo plazo, o tratamiento contra el cáncer con las drogas o radiografías?		
7. ¿Tiene usted un desorden muscular o del nervio que podría causarle problemas para respirar o tragar tal como convulsiones o parálisis cerebral?		
8. ¿Si usted está entre la edad de 2 y 4 años 11 meses y en los últimos 12 meses un proveedor medico le ha dicho que usted tiene resuello ronco o asma?		
9. ¿Si usted es menor de 18 años de edad, está usted recibiendo actualmente terapia de largo plazo de aspirina o medicina que contiene aspirina?		
10. ¿Usted ha recibido la vacuna contra MMR (sarampión-paperas-rubeola) o contra la Varicela (varicela), o vacuna viva de la gripe en las últimas 4 semanas?		
11. ¿Usted ha tenido el síndrome de Guillan-Barre (GBS)?		
12. ¿Usted vive con o está en contacto cercano con una persona que tiene un sistema inmunológico seriamente debilitado que deba estar en un ambiente protector tal como un cuarto de hospital con el flujo de aire reverso (por ejemplo una unidad de trasplante de médula)?		
Vacuna Antineumococica Polisacarida (PPSV)	SI	NO
1. ¿Ha tenido usted una reacción alérgica seria a una dosis anterior de la vacuna neumococica (neumonía) o una reacción alérgica seria a un componente de la vacuna?		
2. ¿Está usted embarazada?		

Nombre _____ Fecha _____