



Cuestionario y Consentimiento Para la Administración de Vacunas Rutinas

Nombre: _____ Numero de Cliente: # _____
 Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____ Edad: _____ Masculino / Femenino
 Persona Responsable: _____ Correo Elec: _____
 Domicilio: _____ Teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____ Hispano/Latino: Si / No
Raza(s): Asiático - Blanca - Indígena Americano - Isleño Pacifico - Negra - Otra: _____

INFORMACION SOBRE EL SEGURO de SALUD No tengo seguro médico

Nombre de Asegurado: _____ F de N: ____ - ____ - ____ Masculino / Femenino
 Nombre de Agencia: _____ # de Membrecía: _____ # de Grupo _____
 Dirección de Agencia: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

POR FAVOR, CIRCULE SUS RESPUESTAS

1. ¿Se siente enfermo(a) hoy? No / Si / No se
2. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas? No / Si / No se
3. ¿Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o látex? No / Si / No se
4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave después de recibir una vacuna? No / Si / No se
5. ¿Está tomando una terapia de aspirina a largo plazo, anticoagulante o tiene un condicion sanguíneo?
No / Si / No se
6. ¿Ha tenido una convulsión u otro problema del sistema nervioso? No / Si / No se
7. ¿Tiene cáncer, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario? No / Si / No se
8. ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo con su corazón, pulmón, riñón, hígado, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), asma o trastorno sanguíneo? No / Si / No se
9. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que debilitan el sistema inmunitario, como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; o recibió tratamientos de radiación?
No / Si / No se
10. En el último año, ¿ha recibido una transfusión de productos sanguíneos o se le ha administrado inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral? No / Si / No se
11. ¿Vive con alguien o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunológico está gravemente comprometido y que debe estar en aislamiento protector? No / Si / No se
12. ¿Alguna vez has tenido el síndrome de Guillain-Barré? No / Si / No se
13. **SOLO MUJERES:** ¿Está embarazada o podría quedar embarazada en los próximos 3 meses? No / Si / No se

He revisado y respondido a las preguntas anteriores, lo mejor que he podido. He revisado la(s) Declaración(es) de Información sobre Vacunas. He expresado mis preguntas y preocupaciones. Estoy satisfecho con las respuestas. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) recomendada(s). Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar información



Cuestionario y Consentimiento Para la Administracion de Vacunas Rutinas