

Lista de verificación de contradicciones de las vacunas para niños y adolescentes

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____
mes día año

Para padres/tutores: las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy a su hijo. Si responde “sí” a alguna pregunta, no significa necesariamente que su hijo no deba vacunarse. Solo significa que se deben hacer otras preguntas. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	sí	no	no sé
1. ¿El niño está enfermo hoy?	☐	☐	☐
2. ¿El niño tiene alergias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o látex?	☐	☐	☐
3. ¿El niño ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado?	☐	☐	☐
4. ¿El niño tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedades cardíacas, pulmonares (incluida asma), renales, hepáticas, del sistema nervioso o metabólicas (p. ej., diabetes), un trastorno de la sangre, ausencia de bazo, implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está tomando regularmente aspirina o medicamento con salicilato?	☐	☐	☐
5. Para niños de 2 a 4 años: ¿Le ha dicho un proveedor de atención médica que el niño ha tenido sibilancias o asma en los últimos 12 meses?	☐	☐	☐
6. Para bebés: ¿Le han dicho alguna vez que el niño tuvo intususcepción?	☐	☐	☐
7. ¿El niño, un hermano o un padre ha tenido una convulsión? ¿El niño ha tenido un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?	☐	☐	☐
8. ¿Se le ha diagnosticado alguna vez al niño una condición cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-C) después de una infección con el virus que causa el COVID-19?	☐	☐	☐
9. ¿El niño tiene algún problema con el sistema inmunitario, como cáncer, leucemia, VIH/SIDA?	☐	☐	☐
10. En los últimos 6 meses, ¿el niño ha tomado medicamentos que afectan al sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o fármacos contra el cáncer; fármacos para tratar la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido radioterapia?	☐	☐	☐
11. ¿Tienen los padres o los hermanos del niño algún problema con el sistema inmunitario?	☐	☐	☐
12. Durante el año pasado, ¿el niño ha recibido globulina inmunitaria (gamma), hemoderivados o un fármaco antiviral?	☐	☐	☐
13. ¿La niña/adolescente está embarazada?	☐	☐	☐
14. ¿El niño ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐
15. ¿El niño se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de una inyección?	☐	☐	☐
16. ¿El niño está ansioso por ponerse una inyección hoy?	☐	☐	☐

FORMULARIO COMPLETADO POR _____ FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____ FECHA _____

¿Trajo la tarjeta de registro de inmunización? sí ☐ no ☐

Es importante tener un registro personal de las vacunas de su hijo. Si no tiene uno, pida al proveedor de atención médica del niño que le proporcione uno con todas las vacunas de su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévalo consigo cada vez que busque atención médica para su hijo. Su hijo necesitará este documento para acceder a la guardería o a la escuela, para trabajar o para viajes internacionales.

