



Lista de verificación de detección de contraindicaciones para vacunas

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Para pacientes o padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a decidir qué vacunas usted o su hijo pueden recibir hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que usted o su hijo no deban vacunarse. Simplemente significa que debemos hacer preguntas adicionales. Pídale a su proveedor de atención médica que le explique si alguna de las preguntas no está clara.

| Responda cada pregunta para la persona que se vacunará hoy. | Sí | No | Inseguro |
|--|----|----|----------|
| 1. ¿El paciente está enfermo hoy? | | | |
| 2. ¿Tiene el paciente alergias a medicamentos, alimentos, algún ingrediente de la vacuna o al látex? | | | |
| 3. ¿Alguna vez el paciente ha tenido una reacción grave después de recibir alguna vacuna? | | | |
| 4. ¿Tiene el paciente un problema de salud a largo plazo con el corazón, pulmón, riñón, enfermedad metabólica (es decir, diabetes), asma, un trastorno de coagulación sanguínea, falta de bazo, deficiencia de componentes del complemento, implante coclear o fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está el paciente bajo tratamiento con aspirina a largo plazo? | | | |
| 5. ¿Tiene el paciente cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico? | | | |
| 6. ¿Tiene el paciente algún hermano o padre con un problema del sistema inmunológico? | | | |
| 7. En los últimos 6 meses, ¿el paciente ha tomado medicamentos que afectan su sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer? medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o recibió tratamiento de radiación? | | | |
| 8. ¿El paciente ha tenido una convulsión? ¿Algún problema cerebral u otro sistema nervioso? ¿Algún hermano o padre del paciente ha tenido convulsiones? | | | |
| 9. En el último año, ¿el paciente recibió una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o recibió inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral? | | | |
| 10. ¿La paciente está embarazada o hay posibilidades de embarazo durante el próximo mes? | | | |
| 11. ¿Ha recibido el paciente alguna vacuna en las últimas 4 semanas? | | | |
| 12. ¿Alguna vez el paciente se ha sentido mareado o desmayado antes, durante o después de una inyección? | | | |
| 13. ¿El paciente se pone ansioso por recibir una inyección? | | | |
| 14. Para niños entre 2 y 4 años de edad, ¿le ha dicho un proveedor de atención médica que el niño tuvo sibilancias o asma en los últimos 12 meses? | | | |
| 15. En el caso de bebés desde el nacimiento hasta los 8 meses de edad, ¿alguna vez le han dicho que ha tenido intususcepción intestinal? | | | |

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

| Para la vacunación contra la influenza inyectable, responda la siguiente pregunta. | Sí | No | Inseguro |
|--|----|----|----------|
| 16. ¿Ha tenido el paciente alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? | | | |

| Para la vacunación intranasal contra la influenza, responda las siguientes preguntas. | Sí | No | Inseguro |
|--|----|----|----------|
| 17. ¿El paciente es menor de 2 años o mayor de 49 años? | | | |
| 18. ¿Ha tenido el paciente alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? | | | |
| 19. ¿Vive el paciente o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunológico está gravemente comprometido y que debe estar en aislamiento protector (es decir, una sala de aislamiento de una unidad de trasplante de médula ósea)? | | | |

| Para la vacunación contra Covid, responda también las siguientes preguntas. | Sí | No | Inseguro |
|---|----|----|----------|
| 20. ¿Ha recibido el paciente alguna vez una dosis de la vacuna Covid-19? En caso afirmativo, ¿qué producto? <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen <input type="checkbox"/> Novavax <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuántas dosis de la vacuna Covid-19 se administraron? _____ | | | |
| 21. ¿El paciente recibió la vacuna Covid-19 antes o durante un trasplante de células hematopoyéticas (TCH) o las terapias con células CAR-T? | | | |
| 22. ¿Ha tenido el paciente alguno de los siguientes: miocarditis o pericarditis, síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A), síndrome inmunomediado definido por trombosis y trombocitopenia (como la trombocitopenia inducida por heparina), síndrome de trombosis con trombocitopenia, síndrome de Guillain? - ¿Síndrome de Barré? | | | |
| 23. ¿Ha tenido el paciente infección por Covid-19 en los últimos 3 meses? | | | |

¿Trajo tu cartilla de vacunación? Sí No

Es importante tener un registro personal de sus vacunas. Si no tiene un registro personal, pídale a su proveedor de atención médica que le proporcione uno. Guarde este registro en un lugar seguro y llévalo consigo cada vez que busque atención médica. Asegúrese de que su proveedor de atención médica registre todas sus vacunas en él.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Formulario revisado por: _____

Recursos:

<https://www.immunize.org/handouts/screening-vaccines.asp>