



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 3 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?			
16. ¿Alguna vez le han diagnosticado al paciente una afección cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-A o MIS-C) después de una infección con el virus que causa el COVID-19?			

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Para la vacunación contra la influenza inyectable, responda la siguiente pregunta.	Sí	No	Inseguro
17. ¿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
18. ¿El paciente es menor de 2 años o mayor de 49 años?			
19. ¿Ha tenido el paciente alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?			
20. ¿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)?			
21. ¿La persona que recibe la vacuna está tomando actualmente medicamentos antivirales contra la influenza o los ha tomado en las últimas 3 semanas?			

¿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: _____

Important note for clinical support staff: The completed Screening Checklist for Contraindications to Vaccines must be reviewed and signed prior to administering any vaccines. If the patient answers yes to any of the questions on the form, the medical clinician or RN must sign the form after reviewing for contraindications. The MA can sign the form only if the patient answers no to all questions.

Form Reviewed by: _____

Recursos:

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