

## Cuestionarios Prevacunales para Niños y Adolescentes

Para padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber qué vacunas pueden administrarse. Si alguna pregunta no está clara, por favor consulte con la enfermera o el médico y se la explicará.

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1. ¿Está enfermo el niño hoy?			
2. ¿Es alérgico el niño a medicamentos, a alimentos o a alguna vacuna?			
3. ¿Ha tenido el niño previamente una reacción importante a alguna vacuna?			
4. ¿Ha tenido el niño convulsiones o algún problema cerebral?			
5. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmune?			
6. ¿Ha tomado el niño corticoides, medicamentos anticancerosos o tratamiento con radioterapia en los últimos tres meses?			
7. En el último año, ¿ha recibido el niño una transfusión sanguínea o de productos hemáticos, o ha recibido inmunoglobulinas?			
8. ¿Ha recibido el niño en las últimas 4 semanas alguna vacuna?			
9. En el caso de que se vaya a vacunar una adolescente ¿está embarazada o existe la posibilidad de que se pueda quedar embarazada en las próximas 4 semanas?			

Este cuestionario ha sido contestado por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún documento que acredite haber recibido vacunas con anterioridad? SI  NO



## Pre-Vacuation form for Children and Teenagers immunization

For parents/guardians: The following questions will help us to determine which vaccines may be given. If a question is not clear, please ask the nurse or doctor to explain it.

QUESTIONS	YES	NO	DON'T KNOW
1. Is the child sick today?			
2. Does the child have allergies to medications, food or any vaccine?			
3. Has the child had a serious reaction to vaccine in the past?			
4. Has the child had a seizure or a brain problem?			
5. Does the child have cancer, leukemia, AIDS, or any other immune system problem?			
6. Has the child taken cortisone, prednisone, other steroids, or anticancer drugs, or had x-ray treatments in the past 3 months?			
7. Has the child received a transfusion of blood or blood products, or been given a medicine called immune (gamma) globulin in the past year?			
8. Has the child received any vaccinations in the past 4 weeks?			
9. Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant in the next 4 weeks?			

Form completed by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Do you have any documents proving vaccines received before?

YES  NO



Castilla-La Mancha

ELGRECO2014



## Questionnaire de Pre-vaccination pour Enfants et Adolescents

Pour les parents/tuteurs: Les questions suivantes nous aideront à savoir quels vaccins peuvent éter administers. Si vous ne comprenez pas quelque question, demandez à l'infirmière ou au médecin. Ils vous les expliqueront.

QUESTIONS	OUI	NON	NE SAIT PAS
1. L'enfant est-il malade aujourd'hui?			
2. Est-il allergique à certains médicaments, aliments ou vaccin?			
3. L'enfant a-t-il déjà eu une reaction importante à une vaccin?			
4. L'enfant a-t-il déjà eu des convulsions ou un probleme cérébral?			
5. L'enfant a-t-il un cancer, une leucémie, le SIDA ou tout outre problème du système immunologique?			
6. L'enfant a-t-il pris, au cours des tríos derniers mois, des médicaments contre le cancer ou a-t-il reçu un traitement par radiothérapie?			
7. L'enfant a-t-il reçu, au cours de la dernière année, une transfusión de sang ou de produits hématiques, ou des immunoglobulines?			
8. L'enfant a-t-il été vacciné dans les quatre dernières semaines?			
9. En cas de vaccination d'une adolescente, est-elle enceinte ou existe-t-il la possibilité qu'elle le soit dans les quatre prochaines semaines?			

Questionnaire

rempli par: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

A-t-il un document attestant avoir reçu vaccins antérieurement?

OUI  NON



Castilla-La Mancha

ELGREGO2014