



# Cuestionario Clínico

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Al contestar las siguientes preguntas nos ayuda a proveer mejor cuidado para usted. Si alguna pregunta no está clara, por favor pida a la enfermera que se lo explique.

- |   | Sí                       |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿El paciente está enfermo hoy?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿El paciente tiene alergias a medicamentos, alimentos componentes de vacuna o látex?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿El paciente ha tenido alguna reacción seria a una vacuna anteriormente?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿El paciente tiene un problema de salud con enfermedad pulmonar, cardiaca, renal/metabólica, asma o de la sangre?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Si el paciente es un bebe, ¿alguna vez le han dicho que ha tenido obstrucción intestinal?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Si el paciente que va ser vacunado está dentro de la edad de 2 y 4 años, un proveedor de salud le ha dicho que el niño (a) tuvo silbido/dificultad al respirar o asma en los últimos 12 meses?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿El paciente, hermanos o padres del paciente han tenido problemas con convulsiones, problemas cerebrales, u otros problemas con el sistema neurológico?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿El paciente tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o cualquier otra problema del sistema inmunológico?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. En los últimos tres meses, ¿el paciente ha tomado medicamentos que afectan sus sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, medicamentos para el tratamiento de artritis reumatoide, ¿enfermedad de Crohn, psoriasis o radioterapia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Durante el ultimo año el paciente ha recibido una transfusión de productos sanguíneos, o le han dado un medicamento llamado gammaglobulina inmunológica o tratamiento antiviral?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿La paciente está embarazada o hay la posibilidad de quedar embarazada en el próximo mes?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿El paciente ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Si tiene seguro médico privado, cubre las vacunas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |
| 14. ¿Es su hijo (a) indio americano o nativo de Alaska?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Su hijo (a) tiene cobertura médica con un seguro médico privado?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Su hijo (a) esta cubierto por Medicaid/Apple Health?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Su hijo (a) está cubierto por algún tipo de seguro médico?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Trajo su expediente de vacunas con usted?     Si     No

Forma completada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Form reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### Notes

<b>BP</b>		
<b>Weight</b>		
<b>Temp</b>		