

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 (mes) (día) (año)

Cuestionario de selección para la vacuna intranasal contra la influenza

Para pacientes adultos y para los padres de niños a los que se van a vacunar: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay algún motivo por el cual no deberíamos aplicar hoy la vacuna intranasal contra la influenza (o gripe) (FluMist®) a usted o a su hijo. Si contesta "sí" a alguna de las preguntas, eso no siempre quiere decir que usted (o su hijo) no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerles más preguntas.

Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

| | Sí | No | No sabe |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma el día de hoy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. La persona que se va a vacunar, ¿tiene alergia a los huevos o a algún componente de la vacuna contra la influenza? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo en el pasado alguna reacción seria a la vacuna intranasal contra la influenza (FluMist®)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. La persona que se va a vacunar, ¿tiene menos de 2 años o más de 49 años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. La persona que se va a vacunar, ¿tiene algún problema de salud a largo plazo de enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, alguna enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia o alguna otra enfermedad de la sangre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. La persona que se va a vacunar, ¿es un niño de 2 a 4 años con antecedentes de sibilancias recurrentes o asma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. La persona que se va a vacunar, ¿tiene el sistema inmunológico débil debido al VIH/SIDA o a otra enfermedad que afecta el sistema inmunológico, tratamiento a largo plazo con medicamentos como esteroides, o tratamiento contra el cáncer con rayos X o medicamentos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. La persona que se va a vacunar, ¿recibe terapia con aspirinas o terapia que contenga aspirina? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. La persona que se va a vacunar, ¿está embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. La persona que se va a vacunar, ¿ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. La persona que se va a vacunar, ¿vive, o espera tener contacto cercano, con una persona que tiene el sistema inmunológico gravemente afectado y que tiene que estar en un ambiente protegido (como una habitación de hospital con flujo de aire invertido)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. La persona que se va a vacunar, ¿ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Formulario llenado por: _____ Fecha: _____

Formulario revisado por: _____ Fecha: _____

www.immunize.org/catg.d/p4067-01.pdf • Item #P4067-01 Spanish (9/08)