



# PediatricCare Associates

*Pediatric and Adolescent Medicine*

NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Lista de Comprobación para Contraindicaciones de Vacunas para Niños**

Para padres/guardianes: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuales vacunas se le pueden dar a su hijo(a) hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que su hijo(a) no deba ser vacunado(a). Simplemente significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, por favor, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Ha tenido tu hijo(s) fiebre en los pasados 5 días? ¿Tiene su hijo(a) síntomas de resfriado u otros signos de enfermedad?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Su hijo tiene alergia a un componente de la vacuna o al látex?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha tenido su hijo(a) una reacción severa a una vacuna en el pasado?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿He tenido su hijo(a) algún problema de salud con problemas pulmonares, cardíacos, renales o metabólico (por ejemplo, diabetes), o un trastorno sanguíneo? ¿Tiene terapia de aspirina a largo plazo?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. En los últimos 3 meses, ha tomado su hijo(a) medicamentos que afectan el sistema inmune como la prednisona, otros esteroides, o drogas contra el cáncer, drogas para el tratamiento de artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o psoriasis; ha tenido tratamientos de radiación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Está embarazada la adolescente o existe la posibilidad de quedar embarazada durante el próximo mes?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Quisiera verse con el medico?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

COMPLETADO POR **PADRES:** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

PARA USO EN LA OFICINA SOLAMENTE

VACUNA(S) REVISADA POR, **MÉDICO:** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

VACUNA(S), **NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

VACUNA(S) ADMINISTRADAS, **ENFERMERA:** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

(actualizado 06/20/19)

20-20 Fair Lawn Avenue  
Fair Lawn, NJ 07410

400 Franklin Turnpike  
Mahwah, NJ 07430

901 Route 23 South  
Pompton Plains, NJ 07444

1225 McBride Avenue  
Woodland Park, NJ 07424

(201) 791-4545 FAX (201) 791-3765

(201) 529-4545 FAX (201) 529-1596

(973) 831-4545 FAX (973) 831-1527

(973) 256-4545 FAX (973) 826-8600