



ADULT IMMUNIZATION ASSESSMENT
EVALUACIÓN DE LAS VACUNAS PARA ADULTOS

Please Print

HAVE YOU EVER HAD A SERIOUS REACTION AFTER RECEIVING A VACCINATION? NO YES
¿HA TENIDO ALGUNA VEZ UNA REACCIÓN SERIA DESPUÉS DE RECIBIR ALGUNA VACUNA? NO SI

ARE YOU SICK TODAY? NO YES
¿ESTÁS ENFERMO HOY? NO SI

ANY CHRONIC MEDICAL CONDITION (E.G DIAGNOSED ASTHMA, HEART DISEASE, DIABETES, IMMUNE PROBLEMS, ANEMIA, OR ANY OTHER CHRONIC CONDITION)? NO YES
¿PADECES DE AGLUNA CONDICIÓN MÉDICA CRÓNICA (LE HAN DIAGNOSTICADO ASMA, ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, DIABETES, PROBLEMAS INMUNOLÓGICOS, ANEMIA, O CUALQUIER OTRA CONDICIÓN)? NO SI

ANY HISTORY OF SEIZURES OR PROGRESSIVE CONDITION OF THE BRAIN, SPINAL CORD, OR NERVOUS SYSTEM IN PATIENT? NO YES
¿HA PADECIDO DE CONVULSIONES O ESTADO PROGRESIVO CEREBRAL, MÉDULA ESPINAL O EL SISTEMA NERVIOSO? NO SI

HAVE YOU HAD GUILLIAN BARRE SYNDROME? NO YES
¿HAS TENIDO SÍNDROME DE BARRÉ GUILIANO? NO SI

ANY SERIOUS ALLERGIC REACTION TO LATEX, EGGS, NEOMYCIN, STREPTOMYCIN OR THIMEROSAL? NO YES
¿HA PADECIDO REACCIÓN ALÉRGICA GRAVE AL LÁTEX, HUEVOS, NEOMICINA, ESTREPTOMICINA O THIMEROSAL? NO SI

HAVE YOU RECEIVED MMR, VARICELLA, FLUMIST, GAMMA GLOBULIN, OR BLOOD TRANSFUSION IN THE LAST SIX WEEKS? NO YES
¿HA RECIBIDO LA VACUNA DE: MMR, VARICELA, GRIPE, GAMMAGLOBULINA O TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN LAS ÚLTIMAS SEIS SEMANAS? NO SI

HAVE YOU EVER HAD CHICKENPOX (IF YES WHEN)? NO YES _____
¿ALGUNA VEZ TUVISTE VARICELA? (EN CASO AFIRMATIVO) ¿CUANDO)? NO SI _____

HAVE YOU EVER HAD A X-RAY SHOWING EVIDENCE OF TB SCARRING? NO YES
¿ALGUNA VEZ HA TENIDO UNA RADIOGRAFÍA MOSTRANDO EVIDENCIA DE CICATRIZACIÓN DE LA TUBERCULOSIS? NO SI

HAVE YOU EVER HAD A TB SKIN TEST (PPD) THAT WAS POSITIVE? NO YES
¿ALGUNA VEZ HA TENIDO UNA PRUEBA CUTÁNEA DE TB (PPD) QUE FUE POSITIVA? NO SI

ARE YOU PREGNANT (IF YES, HOW FAR ALONG ARE YOU) OR IS THERE A CHANCE OF YOU BECOMING PREGNANT DURING THE NEXT MONTH? NO YES
¿ESTÁ EMBARAZADA (EN CASO AFIRMATIVO, QUE TIEMPO TIENE DE EMBARAZO) O SI TIENE LA POSIBILIDAD DE QUEDAR EMBARAZADA DURANTE EL PRÓXIMO MES? NO SI

IN THE PAST SIX WEEKS, HAVE YOU RECEIVED A TRANSFUSION OF BLOOD OR BLOOD PRODUCTS OR BEEN GIVEN IMMUNE (GAMMA) GLOBULIN OR AN ANTIVIRAL DRUG? NO YES
EN LAS ÚLTIMAS SEIS SEMANAS, ¿HA RECIBIDO UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE O PRODUCTOS SANGUÍNEOS O SE LE HA DADO GLOBULINA INMUNE (GAMMA) O UN MEDICAMENTO ANTIVIRAL? NO SI