



CHILD IMMUNIZATION ASSESSMENT EVALUACIÓN DE LAS VACUNAS INFANTIL

PLEASE PRINT

IS THE CHILD SICK TODAY? NO YES
¿ESTÁ SU NIÑO/A ENFERMO/A HOY? NO SI

DOES THE CHILD HAVE ALLERGIES TO MEDICATIONS, FOOD, A VACCINE COMPONENT, OR LATEX? NO YES
¿SU NIÑO/A TIENE ALERGIAS A MEDICAMENTOS, ALIMENTOS, ALGUN COMPONENTE DE LA VACUNA O LÁTEX? NO SI

HAS YOUR CHILD HAD SEVERE ALLERGIC REACTION TO A VACCINE IN THE PAST? NO YES
¿HA TENIDO SU HIJO/A UNA REACCIÓN ALÉRGICA GRAVE A UNA VACUNA EN EL PASADO? NO SI

HAS THE CHILD HAD A HEALTH PROBLEM WITH LUNG, HEART, KIDNEY, OR METABOLIC DISEASE (E.G DIABETES), ASTHMA, OR A BLOOD DISORDER? IS HE/SHE ON LONG TERM ASPIRIN THERAPY? NO YES
¿TIENE SU NIÑO/A ALGUN PROBLEMA DE SALUD CON ENFERMEDAD PULMONAR, CARDÍACA, RENAL O METABÓLICA (DIABETES E. G), ASMA O UN TRASTORNO DE LA SANGRE? ¿ESTÁ EN TERAPIA CON ASPIRINA A LARGO PLAZO? NO SI

IF THE CHILD TO BE VACCINATED IS 2-4 YEARS OF AGE, HAS A HEALTHCARE PROVIDER TOLD YOU THAT THE CHILD HAD WHEEZING OR ASTHMA IN THE PAST 12 MONTHS? NO YES
SI EL NIÑO/A QUE VA SER VACUNADO ES DE 2-4 AÑOS DE EDAD, ¿SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA, LE HA DICHO QUE SU NIÑO/A TENÍA SIBILANCIAS O ASMA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? NO SI

IF YOUR CHILD IS A BABY, HAVE YOU EVER BEEN TOLD HE OR SHE HAS HAD INTUSSUSCEPTION? NO YES
SI SU HIJO/A ES UN/A BEBÉ, ¿ALGUNA VEZ LE HAN DICHO QUE HA TENIDO INVAGINACIÓN INTESTINAL? NO SI

HAS THE CHILD, SIBLING, OR PARENT HAD A SEIZURE; HAS THE CHILD HAD BRAIN OR OTHER NERVOUS SYSTEM PROBLEMS? NO YES
¿ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA, INCLUYENDO SU HIJO/A, HAN PADECIDO CONVULSIONES? ¿O ALGUN OTRO PROBLEMA DEL SISTEMA NERVIOSO? NO SI

DOES THE CHILD HAVE CANCER, LEUKEMIA, HIV/AIDS, OR ANY OTHER IMMUNE SYSTEM PROBLEMS? NO YES
¿TIENE SU NIÑO/A CÁNCER, LEUCEMIA, VIH/SIDA O CUALQUIER OTRO PROBLEMA DEL SISTEMA INMUNOLOGICO? NO SI

IN THE PAST 3 MONTHS, HAS THE CHILD TAKEN MEDICATIONS THAT AFFECT THE IMMUNE SYSTEM SUCH AS PREDNISONE, OTHER STEROIDS OR ANTICANCER DRUGS, DRUGS FOR THE TREATMENT OF RHEUMATOID ARTHRITIS, CROHNS OR PSORIASIS OR HAD RADIATION TREATMENTS? NO YES
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿EL NIÑO/A HA TOMADO MEDICAMENTOS QUE AFECTAN EL SISTEMA INMUNOLOGICO, COMO LA PREDNISONA, OTROS ESTEROIDES O MEDICAMENTOS CONTRA EL CÁNCER, MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE, CROHNS O PSORIASIS O TRATAMIENTOS CON RADIACIÓN? NO SI

IN THE PAST YEAR, HAS THE CHILD RECEIVED A TRANSFUSION OF BLOOD OR BLOOD PRODUCTS, OR BEEN GIVEN IMMUNE (GAMMA) GLOBULIN OR AN ANTIVIRAL DRUG? NO YES
EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿HA RECIBIDO SU NIÑO/A UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE O HEMODERIVADOS, O SE LE HA DADO GLOBULINA INMUNE (GAMMA) O UN MEDICAMENTO ANTIVIRAL? NO SI

IS THE CHILD/TEEN PREGNANT OR IS THERE A CHANCE SHE COULD BECOME PREGNANT DURING THE NEXT MONTH? NO YES
¿ESTA EMBARAZADA SU HIJA O EXISTE LA POSIBILIDAD QUE PUEDA QUEDAR EMBARAZADA EN EL PRÓXIMO MES? NO SI

HAS THE CHILD RECEIVED VACCINATIONS IN THE PAST 4 WEEKS? NO YES
¿SU NIÑO/A RECIBIÓ VACUNAS EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? NO SI