

Cuestionario De Evaluación

Sección 1: Preguntas de evaluación para vacunas pediátricas

Instrucciones para completar las Secciones 1 y 1b: Marque con un círculo la respuesta a cada pregunta si desea que el Departamento de Salud Pública del Condado de Dakota administre las vacunas a su hijo. [Si esto no aplica, pase a la Sección 2.](#)

Sí	No	¿Tiene el cliente fiebre o presenta alguna enfermedad hoy? (Fiebre de 105 F o más)? Describa:
Sí	No	¿El cliente tiene alguna alergia a los medicamentos, a la comida (incluyendo los huevos) o al látex? Si es así, indique:
Sí	No	¿El cliente ha tenido alguna reacción grave después de recibir una vacuna, incluyendo la vacuna contra la influenza o COVID-19? Si es así, describa:
Sí	No	¿Algún hermano, hermana, padre, madre del cliente ha tenido convulsiones u otros problemas del sistema nervioso? Si es así, indique:
Sí	No	¿El cliente ha tenido varicela? Si es así, provea fecha exacta
Sí	No	¿El cliente tiene algún problema de salud a largo plazo, como enfermedad pulmonar, diabetes, asma o un trastorno de la sangre? Si es así, indique:
Sí	No	<u>Solo para bebés:</u> ¿Alguna vez le han dicho que el cliente ha tenido intususcepción?
Sí	No	¿El cliente tiene cáncer, leucemia, VIH/sida o algún otro problema del sistema inmunitario?
Sí	No	En los últimos 3 meses: ¿El cliente ha tomado medicamentos que afecten el sistema inmunitario, como prednisona, esteroides, medicamentos contra el cáncer, la artritis reumatoide, Crohn o psoriasis; o tratamientos de radiación?
Sí	No	¿El cliente tiene historial médico del síndrome de Guillain-Barré?
Sí	No	¿El cliente ha recibido una transfusión de sangre/hemoderivados, trasplantes de órganos, globulina inmune (gamma) o un medicamento antiviral en el último año? Si es así, ¿qué producto(s) recibió y cuándo?
Sí	No	¿Tiene el cliente un historial médico de miocarditis o pericarditis o un diagnóstico del síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-A o SIM-C) después de contraer o vacunarse de COVID-19?
Sí	No	¿Tiene el cliente historial médico de trombosis, trombocitopenia o trombocitopenia inducida por heparina (HIT)?
Sí	No	¿El cliente ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas? Si es así, enumérelas:
Sí	No	¿Se le ha realizado al cliente una prueba cutánea de tuberculosis (Mantoux) o de sangre en los últimos 3 días o se planea hacerle una en las próximas 4 semanas?
Sí	No	<u>Para clientes de sexo femenino:</u> ¿La paciente está embarazada ahora o planea quedar embarazada en el próximo mes?
Sí	No	¿El cliente planea viajar fuera de los Estados Unidos en los próximos 3 meses?

Preguntas para la vacuna FluMist (Influenza Nasal): Solo para personas 2 a 49 años y que **NO** estén embarazadas

Sección 1b: Preguntas de evaluación pediátricas

[Si esto no aplica, pase a la Sección 2.](#)

Sí	No	¿El cliente tiene alguna enfermedad crónica, como diabetes, asma, trastornos de la sangre, enfermedades cardíacas, pulmonares, renales, neurológicas o hepáticas?
Sí	No	¿El cliente tiene Guillain-Barré, cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o cualquier otro problema del sistema inmunológico; o, en los últimos 3 meses, ha tomado medicamentos que afectan al sistema inmunológico, como prednisona, otros corticoides o medicamentos para tratar la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn, la psoriasis, o medicamentos anticancerígenos; o se ha sometido a tratamientos de radiación?
Sí	No	¿El cliente está recibiendo medicamentos antivirales contra la influenza (como Relenza o Tamiflu)?
Sí	No	¿El cliente ha recibido la vacuna MMR, Varicela, MMRV, Herpes zóster, o la fiebre amarilla en las últimas 4 semanas?
Sí	No	¿El cliente tiene su sistema inmunológico debilitado o espera tener contacto cercano con alguien cuyo sistema inmunológico se encuentra gravemente comprometido?

Cuestionario De Evaluación

Sección 2: Preguntas de evaluación de vacunas para adultos

Instrucciones para completar las Secciones 2 y 2b: Si tiene 18 años o más y/o es tutor legal o representante autorizado del cliente, marque con un círculo la respuesta a cada pregunta si desea que el Departamento de Salud Pública del Condado de Dakota le administre las vacunas a usted o al cliente.

Sí	No	¿Tiene fiebre o presenta alguna enfermedad hoy (Fiebre de 105.5 F o mas)? Si es así, Describa:
Sí	No	¿Tiene alguna alergia a los medicamentos, a la comida (incluyendo huevos) o al látex? Si es así, indique:
Sí	No	¿Ha tenido alguna reacción grave después de recibir alguna vacuna, incluyendo la vacuna de la gripe o COVID-19? Si es así, Indique:
Sí	No	¿Ha tenido convulsiones, un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?
Sí	No	¿Tiene antecedentes de varicela? Si es así, indique la fecha exacta:
Sí	No	¿Tiene algún problema de salud a largo plazo con enfermedades cardíacas, pulmonares, renales o metabólicas (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, falta del bazo, implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está recibiendo tratamiento con aspirina a largo plazo?
Sí	No	¿Fuma cigarrillos? (Se pueden recomendar vacunas adicionales)
Sí	No	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/sida o algún otro problema del sistema inmunitario?
Sí	No	En los últimos 3 meses: ¿ha tomado medicamentos que afecten el sistema inmunitario, como prednisona, esteroides, medicamentos contra el cáncer, la artritis reumatoide, Crohn o psoriasis; o tratamientos de radiación?
Sí	No	¿Tiene historial médico del síndrome de Guillain-Barré?
Sí	No	¿Ha recibido una transfusión de sangre/hemoderivados, trasplantes de órganos, globulina inmune (gamma) o un medicamento antiviral en el último año? Si es así, ¿qué producto(s) recibió y cuándo?
Sí	No	¿Le han diagnosticado alguna vez una cardiopatía (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-A o SIM-C) después de una infección o vacunación de COVID-19?
Sí	No	¿Tiene Usted historial médico de trombosis, trombocitopenia o trombocitopenia inducida por heparina (HIT)?
Sí	No	¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas? Si es así, cuales:
Sí	No	¿Se le ha realizado una prueba cutánea de tuberculosis (Mantoux) o de sangre en los últimos 3 días o se planea hacerle una en las próximas 4 semanas?
Sí	No	Para el sexo femenino: ¿Está embarazada ahora o planea quedar embarazada en el próximo mes?
Sí	No	¿Planea viajar fuera de los Estados Unidos en los próximos 3 meses?

Preguntas para la vacuna FluMist (Influenza Nasal): Solo para personas 2 a 49 años y que **NO** estén embarazadas

Sección 2b: Preguntas de evaluación para adultos

Sí	No	¿Tiene alguna enfermedad crónica, como diabetes, asma, trastornos de la sangre, enfermedades cardíacas, pulmonares, renales, neurológicas o hepáticas?
Sí	No	¿Tiene Guillain-Barré cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o cualquier otro problema del sistema inmunológico; o, en los últimos 3 meses, ha tomado medicamentos que afectan al sistema inmunológico, como prednisona, otros corticoides o medicamentos para tratar la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn, la psoriasis, o medicamentos anticancerígenos; o se ha sometido a tratamientos de radiación?
Sí	No	¿Está recibiendo medicamentos antivirales contra la influenza (como Relenza o Tamiflu)?
Sí	No	¿Ha recibido la vacuna MMR, contra la varicela, MMRV, contra el herpes zóster o contra la fiebre amarilla en las últimas 4 semanas?
Sí	No	¿Tiene un sistema inmunológico debilitado o espera tener contacto cercano con alguien cuyo sistema inmunológico se encuentra gravemente comprometido?