



3131 "O" STREET
LINCOLN, NE 68510-1514
402-441-8000

VFC: Medicaid Underinsured Uninsured
 Alaskan/Native American HS (VFC Guideline)
NONVFC: Private Pay Refugee AGR37 HS (PP/AGR37)

PREGUNTAS DE EXAMEN PARA PERSONAS QUE VAN A SER INMUNIZADAS

Por favor responda a las siguientes preguntas sobre la persona que va a recibir las vacunas hoy.

SI **NO**

1. ¿Ha recibido alguna vacuna en otro lugar que no sea esta clínica?
2. ¿Trajo un registro de inmunización contigo hoy?
3. ¿La persona que va a recibir las vacunas está enferma con fiebre hoy?
4. ¿La persona que va a recibir las vacunas tiene alguna enfermedad moderada o grave con o sin fiebre?
5. Tiene cáncer, lipoma, HIV/AIDS o cualquier otro problema del sistema inmune?
6. ¿Toma medicación, tratamiento o radiación para las enfermedades anteriores?
7. ¿Toma cualquier medicamento similar a la cortisona?
8. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas cuatro semanas?
9. ¿Ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna?.....
10. ¿Es alérgico a Neomycin, Streptomycin, Polymixin B, Thimerosal, gelatina o levadura?
11. ¿Está embarazada o planea estar embarazada dentro del próximo mes?
12. Ha tenido un ataque u otro problema del sistema nervioso o un historial familiar de convulsiones?

Hepatitis B (HBV)

1. ¿Corrientemente tiene hepatitis B o es portador de hepatitis B.?

MMR, Varicella, o ProQuad

1. Ha recibido gammaglobulina, transfusión de sangre, plasma o plaquetas en los últimos 11 meses?
2. ¿Ha tenido la enfermedad de varicela? Si la tuvo, Mes ____ Año ____

RotaTaq.

1. ¿Le han dicho alguna vez que su bebe ha tenido intususcepción?

Vacuna contra la influenza

1. Alguna vez ha tenido el síndrome de Guillian-Barre dentro de las semanas posteriores a la vacunación contra la influenza

Neumonía

1. ¿Desde los 65 años, ha recibido una vacuna contra la neumonía?
2. ¿Alguna vez recibió una vacuna contra la neumonía?

TB (Prueba cutánea de tuberculosis)

1. ¿Ha tenido tuberculosis o una prueba positiva de tuberculosis?.....
2. ¿Ha tenido una enfermedad viral más grave que un resfriado en los últimos 60 días?

Me han dado o ha leído la (s) hoja (s) de información de vacunas / declaraciones de vacunas <input type="checkbox"/>		Rechazado <input type="checkbox"/>
_____ Fecha	X _____ Firma de la persona recibiendo inmunización (es) / Vacuna (s) / prueba cutánea de TB O persona autorizada para solicitar servicios (padre / el guardián si es menor de 19 años)	_____ Relación (si no es usted)
_____ Nombre de interprete (si es necesario)	_____ Firma de interprete (si es necesario)	_____ Interpretación de idioma (si es necesario)

*** NOTA: Esta declaración vence 14 días después de la fecha de firma de este formulario.

SPANISH 02/2022