



WEST ALLIS HEALTH DEPARTMENT SCREENING QUESTIONNAIRE FOR TODAY'S IMMUNIZATIONS

Public Health
Prevent. Promote. Protect.

West Allis Health Department

Nombre de la persona que recibe la vacuna: _____ Fecha de Nacimiento: mes ___ día ___ año ___

Si es menor, nombre(s) del padre(s) o guardian: _____ Fecha de Nacimiento: mes ___ día ___ año ___

Sus respuestas a las preguntas de abajo nos ayudará a determinar qué vacunas pueden ser seguras de administrar hoy. Por favor marque el cuadro apropiado. Si alguna de las preguntas no está clara, por favor pida que una enfermera le explique.

La persona que recibe la vacuna:	Si	No	No Si
<input type="checkbox"/> ¿Tiene fiebre, diarrea o vómito hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Tiene alergia a los huevos, Estreptomicina, Neomicina, Gentamicina, Gelatina, Levadura, Alumbre, Productos de Mercurio, Látex o a cualquier vacuna previa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Tiene antecedentes de una reacción seria a alguna vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Convulsiona o tiene cambios de desorden neurológicos o un historial de Síndrome Guillain-Barrel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Tiene cáncer, desorden del sistema inmunológico, o toma medicamentos que debiliten su Sistema inmunológico, como esteroides (por la boca o inyección) o drogas anti-cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Tiene un desorden hemorrágico como hemofilia o está tomando medicamento para adelgazar su sangre (anticoagulantes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Si tiene de 6 meses a 8 años, cree que haya recibido una vacuna de la Gripe en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si recibió otras vacunas diferentes a las del flu, continúe contestando las preguntas de abajo:			
<input type="checkbox"/> ¿Hoy se siente enfermo con algo más serio que un resfriado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Tiene antecedentes de que recibió vacunas en las últimas 6 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Vive con (o tiene contacto cercano con) alguien que tiene cáncer, desorden del sistema inmune, o toma medicamentos que debiliten el sistema inmune, como esteroides (por la boca o inyectados) o drogas anti-cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Tiene antecedentes de que a recibido sangre, plasma o gamma globulina en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Tiene antecedentes de desorden gastrointestinal, incluyendo diarrea crónica, desorden abdominal congénito, cirugía abdominal o Intususception?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Recuerda si recibió un examen de tuberculosis hace 1 o 3 días atrás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Planea tener un examen de piel o de sangre para la tuberculosis, en las próximas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para niñas / mujeres – La persona que recibe la vacuna:			
<input type="checkbox"/> ¿Cree estar embarazada o cree que hay la posibilidad de que podría quedar embarazada en las próximas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Padre, Adulto o Guardian Legal _____

Si No Doy mi permiso para que mantenga a mi hijo durante la administración de las vacunas si es necesario.

OFFICE USE ONLY

Nurse's Signature _____

Interpreter services used – appropriate VIS given. Language: _____

Fee \$ _____ for _____ Vaccine Fee Waived
Amount Vaccine WA City Employee, Fee Waived