

**Departamento de Salud del Condado de Wayne**

**Cuestionario de detección de vacunas**

<b>Preguntas de detección para todas las vacunas</b>		
<b>(Marque con un círculo Sí o No para cada pregunta) Explique las respuestas "Sí" a continuación.</b>		
¿Estás enfermo hoy?	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Tiene alguna alergia o ha tenido alguna reacción grave o potencialmente mortal (anafilaxia, dificultad para respirar, etc.) a algún alimento, medicamento o vacuna? (es decir: huevos, gelatina, látex, etc.)	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Tienes antecedentes de convulsiones, síndrome de Guillain-Barré o alguna otra afección neurológica?	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Tienes alguna afección médica que debilite el sistema inmunitario? (cáncer, leucemia, SIDA, enfermedades autoinmunes, etc.)	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Tomas algún medicamento o recibes algún tratamiento que afecte tu sistema inmunitario? (es decir: cortisona, prednisona, esteroides, medicamentos contra el cáncer, tratamientos de radiación, etc.)	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Ha recibido una transfusión de sangre, plasma o inmunoglobulina en el último año?	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Te han tratado las sibilancias o te han diagnosticado asma en los últimos 12 meses?	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Desea una copia de la Política de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Wayne?	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Estás embarazada? <b>NO SI</b> # de semanas _____	¿Estás amamantando?	<b>SÍ</b> <b>NO</b>
Me gustaría que me remitieran a: (marque con un círculo uno si está interesado)	<b>WIC (en inglés)</b>	<b>CMH</b>
<b>Preguntas de detección de la vacuna contra el COVID.</b>		
<b>(Responda las siguientes preguntas también si está recibiendo su vacuna contra el COVID)</b>		
¿Ha dado positivo en la prueba de COVID-19 o un médico le ha dicho que tiene COVID-19 en los últimos 3 meses?	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Ha recibido tratamiento con terapia con anticuerpos (plasma monoclonal o convaleciente) para la infección por COVID-19 en los últimos 90 días (3 meses)? Si la respuesta es "Sí", escriba las fechas a continuación.	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Alguna vez te han diagnosticado pericarditis o miocarditis?	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Han pasado al menos 60 días (2 meses) desde su última vacuna contra el COVID?	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>

**Explique las respuestas afirmativas anteriores:**

\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO**

He leído la información en la Hoja de Información de la Vacuna (VIS, por sus siglas en inglés) que me han dado para cada vacuna que recibiré hoy. Soy consciente de los riesgos y beneficios asociados con cada vacuna que se administrará a mí o a la persona por la que estoy autorizado a hablar como padre o tutor. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Me han ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Wayne. Otorgo permiso para que este registro se divulgue a mi proveedor médico, escuela, guardería, WIC u otros departamentos de salud y al registro estatal de vacunación, según sea requerido o necesario.

Nombre en letra de imprenta del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Tutor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD**

\_\_\_\_\_ I have reviewed all immunization history to determine which vaccines are indicated for the client.

\_\_\_\_\_ I have reviewed the screening questionnaire and no contraindications have been found for the vaccines being administered.

Comments: \_\_\_\_\_

Nurse Signature: \_\_\_\_\_ Date/Time: \_\_\_\_\_