



Patient name: _____

Date of birth: ____/____/____
(mo.) (day) (yr.)

Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens

For parents/guardians: The following questions will help us determine which vaccines your child may be given today. If you answer “yes” to any question, it does not necessarily mean your child should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

	Yes	No	Don't Know
1. Is the child sick today?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the child have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. If the child to be vaccinated is between the ages of 2 and 4 years, has a healthcare provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. If your child is a baby, have you ever been told he or she has had intussusception?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had brain or other nervous system problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Does the child have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. In the past 3 months, has the child taken medications that weaken their immune system, such as cortisone, prednisone, other steroids, or anticancer drugs, or had radiation treatments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Form completed by: _____ Date: _____

Form reviewed by: _____ Date: _____

Did you bring your child's immunization record card with you? yes no

It is important to have a personal record of your child's vaccinations. If you don't have one, ask the child's healthcare provider to give you one with all your child's vaccinations on it. Keep it in a safe place and bring it with you every time you seek medical care for your child. Your child will need this document to enter day care or school, for employment, or for international travel.

Ontario Clinica Medica Familiar
403 West F Street
Ontario, CA 91762-3207
(909) 988-3288

Rialto Clinica Medica Familiar
436 South Riverside Avenue
Rialto, CA 92376-6523
(909) 877-8868

Signature - M.D.

Signature - Patient



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____
(mes) (día) (año)

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos dar hoy a su hijo. Si contesta “sí” a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no deben vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	Sí	No	No Sabe
1. ¿Está enfermo hoy el niño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿le dijo algún profesional de la salud en los últimos 12 meses que el niño tuvo sibilancias o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si el niño es bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; ha tenido el niño problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño medicamento que debiliten su sistema inmunológico, tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Durante el año pasado, ¿le hicieron al niño una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o algún medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario llenado por: _____ Fecha: _____

Formulario revisado por: _____ Fecha: _____

¿Trajo el comprobante de vacunación de su hijo? sí no

Es importante que tenga un comprobante de vacunación personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al profesional de la salud de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de a su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo todas las veces que su hijo reciba atención médica. Su hijo necesitará este documento importante por el resto de su vida para ingresar a la guardería o a la escuela, para empleos o para viajar al extranjero.

Ontario Clinica Medica Familiar
403 West F Street
Ontario, CA 91762-3207
(909) 988-3288

Rialto Clinica Medica Familiar
436 South Riverside Avenue
Rialto, CA 92376-6523
(909) 877-8868

Signature - M.D.

Signature - Patient