

Servicio de salud para estudiantes

University of Iowa
4189 Westlawn
Iowa City IA 52242

Cuestionario sobre vacunas

1. Complete el cuestionario. Si alguna pregunta no está clara, pídale a un miembro del personal de servicios médicos que se la explique.

	NO	SÍ	?
• ¿Se ha mareado o desmayado cuando le extrajeron sangre o le aplicaron una inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ¿Ha comido en las últimas 4 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ¿Cree que está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Tiene alguna alergia seria o una reacción alérgica severa al látex, los medicamentos, los huevos, la gelatina, la neomicina o una vacuna previa? Si responde que SÍ, especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ¿Tiene alguna afección crónica (por ejemplo: asma, diabetes, artritis, enfermedades de los pulmones/corazón/riñones/hígado/nervios/estómago/intestinos o trastornos sanguíneos? Si responde que SÍ, especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ¿Tiene un sistema inmune débil (por ejemplo: por VIH, cáncer, medicaciones, tales como esteroides, medicaciones para tratar el cáncer o tratamientos con radiación)? Si responde que SÍ, especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ¿Ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 a 6 semanas? Si responde que SÍ, especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ¿Ha leído la declaración de información sobre las vacunas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Si tiene menos de 19 años de edad, ¿toma REGULARMENTE aspirina o medicaciones que contienen aspirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Para las mujeres: ¿puede estar embarazada o está planeando quedar embarazada el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Alguna vez obtuvo un resultado positivo en el análisis de tuberculosis o se hizo un análisis de tuberculosis en sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Haga un círculo en la/s vacuna/s solicitada/s a administrar.

Hepatitis A	Vacuna antigripal	MMR	Td	Fiebre amarilla
Hepatitis B	Spray nasal antigripal	Neumocócica	Tdap	_____
Hepatitis A/B	Encefalitis japonesa	Polio	Tifoidea	_____
HPV	Meningocócica conjugada	Rabia	Varicela	_____

Firma _____

Fecha de hoy ____/____/____