Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens

PATIENT NAME _____

DATE OF BIRTH ____ / ____ / ____
month day year

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 health care provider to explain it.

	yes	no	don't know
1. Is the child sick today?	☐	☐	☐
2. Does the child have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex?	☐	☐	☐
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past?	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐
5. If the child to be vaccinated is 2 through 4 years of age, has a health care provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months?	☐	☐	☐
6. If your child is a baby, have you ever been told he or she has had intussusception?	☐	☐	☐
7. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had brain or other nervous system problems?	☐	☐	☐
8. Does the child have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem?	☐	☐	☐
9. In the past 1–3 months, has the child taken medications that affect the immune system such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs for the treatment of rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or had radiation treatments?	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐
11. Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month?	☐	☐	☐
12. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks?	☐	☐	☐

immunization action coalition
IAC
immunize.org

FORM COMPLETED BY _____ DATE _____

FORM REVIEWED BY _____ DATE _____

Did you bring your 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 health care 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.

Technical content reviewed by the Centers for Disease Control and Prevention

Saint Paul, Minnesota • 651-647-9009 • www.immunize.org • www.vaccineinformation.org

www.immunize.org/catg.d/p4060.pdf • Item #P4060 (9/15)

Food Questionnaire:

Please answer the following question.

1. Within the past 12 months, we worried whether our food would run out before we got money to buy more.

yes ☐ **no** ☐ --> If yes, would you like additional resources? **yes** ☐ **no** ☐

2. Within the past 12 months, the food we bought just didn't last and we didn't have money to get more.

yes ☐ **no** ☐ --> If yes, would you like additional resources? **yes** ☐ **no** ☐

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(mes) (día) (año)

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de adultos

A los pacientes: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podemos dar hoy. Si contesta "sí" a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no lo deben vacunar. 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?	☐	☐	☐
2. ¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	☐	☐	☐
3. ¿Tuvo alguna vez una reacción seria después de vacunarse?	☐	☐	☐
4. ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo, como enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, enfermedad metabólica (como la diabetes), anemia o algún otro trastorno de la sangre?	☐	☐	☐
5. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	☐	☐	☐
6. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que debiliten su sistema inmunológico, tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?	☐	☐	☐
7. ¿Tuvo alguna vez convulsiones o problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	☐	☐	☐
8. Durante el año pasado, ¿le hicieron una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o un medicamento antiviral?	☐	☐	☐
9. Para las mujeres: ¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada en el próximo mes?	☐	☐	☐
10. ¿Le aplicaron alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐

Formulario llenado por: _____ Fecha: _____

Formulario revisado por: _____ Fecha: _____

¿Trajo su comprobante de vacunación? **sí ☐ no ☐**

Es importante que tenga un comprobante de vacunación personal. Si no lo tiene, pídale a su profesional de la salud que le dé uno. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo todas las veces que reciba atención médica. Asegúrese de que su profesional de la salud escriba allí todas las vacunas que reciba.

Translation by Transcend, Davis, CA

www.immunize.org/catg.d/p4065-01.pdf • Item# P4065-01 Spanish (5/14)

Immunization Action Coalition • Saint Paul, Minnesota • (651) 647-9009 • www.immunize.org • www.vaccineinformation.org

CUESTIONARIO SOBRE SU ALIMENTACIÓN:

Por favor conteste las siguientes preguntas:

1. Dentro de los últimos 12 meses, nosotros nos preocupamos que nuestros alimentos se acabarian antes de que tengamos dinero para comprar más.

sí ☐ no ☐ En caso que si, ¿le gustaría recursos adicionales? **sí ☐ no ☐**

2. Dentro de los últimos 12 meses, los alimentos que compramos no duraron y no teníamos dinero para comprar más.

sí ☐ no ☐ En caso que si, ¿le gustaría recursos adicionales? **sí ☐ no ☐**