

Nombre del trabajador:
Puesto del trabajador: Fecha:

Cuestionario PREVACUNAL.-

1. ¿Está enfermo o ha estado enfermo en los últimos días?
2. ¿Tiene alergia a algún medicamento, alimento, vacuna u otra cosa?
3. ¿Ha recibido alguna vacuna en el último mes?
4. ¿Ha tenido alguna reacción importante a alguna vacuna?
5. ¿Padece alguna enfermedad crónica? *Pulmonar, cardíaca, renal, metabólica (por ejemplo diabetes)*. ¿Tiene algún trastorno hemorrágico?
6. ¿Ha tenido convulsiones o algún problema cerebral o neurológico?
7. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad que disminuya la inmunidad? (*por ejemplo: leucemia, cáncer, VIH/SIDA*)
8. ¿Ha recibido, está recibiendo o tiene que recibir tratamiento que reduzca la inmunidad? *Por ejemplo: medicamentos esteroideos orales como cortisona y prednisona, quimioterapia, radioterapia, o agentes biológicos?*
9. ¿Ha recibido una transfusión sanguínea o inmunoglobulinas durante el último año?
10. Si es mujer: ¿está embarazada?
11. Si es mujer: ¿Piensa quedarse embarazada en los próximos meses?

Firma del trabajador:

Personal sanitario que evalúa el cuestionario:

VACUNA: _____

LOTE: _____

BRAZO: _____