

CERNIMIENTO PARA INMUNIZACIÓN DE ADULTOS

Llenar en letra de molde.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nombre completo		Fecha de Nacimiento	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nombre de la madre		País de Nacimiento	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección física		Sexo	Edad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Pueblo	Zip code	Raza/Origen étnico	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Plan Médico		Teléfono	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Medicamentos y suplementos		Seguro Social	
<input type="text"/>			

Alergias **(Ojo a alergias como: huevo, antibióticos (neomicina o polimicina B), latex)**

GRUPOS DE ALTO RIESGO O PRIORIDADES PARA VACUNACIÓN

EMPLEO:

- Provee servicios de cuidado para adultos mayores
 Provee servicios de cuidado para niños preescolares
 Personal de Manejo de emergencias (Policía, Bombero, Paramédico...)
 Personal de Salud (Médico, enfermero, técnico)
 Personal de laboratorio (técnico, microbiólogo...)

EDAD O CONDICIÓN:

- Embarazada
 Adulto mayor (65 años o más)
 ¿Participa de actividades en grupo (clases en grupos grandes, asiste regularmente a una iglesia, participa de los servicios de un centro de edad avanzada)?

HISTORIAL CLÍNICO:

¿Es paciente que reciba tratamiento para alguna de las siguientes condiciones?

- Enfermedad respiratoria (COPD, Asma...)
- Enfermedad cardíaca o de las coronarias (fallo cardíaco, infarto...)
- Enfermedad renal (diálisis)
- Enfermedad Hepática
- Diabetes
- VIH
- Hepatitis B o C
- Asplenia (falta o daño del bazo)
- Anemia Falciforme (Sickle cell síndrome)
- Lupus

Si posee otra enfermedad que comprometa su sistema inmune, especifique: _____

¿Está recibiendo algún tratamiento que debilite su sistema inmunológico?

(por ejemplo: quimioterapias, radioterapias, esteroide biológico? Si ___ No ___)

HISTORIAL DE VACUNACIÓN PREVIA:

Llenar en letra de molde.

Vacuna	Fecha aproximada de administración	¿Se ha administrado alguna vez después de cumplir 65 años?
Pneumococo Conjugada Pneumovax 13®		
Neumococo Polisacarida Pneumovax 23 ®		
Tdap (Tétano, Difteria y Tos ferina)		
Culebrilla (virus vivo o inactivo)		
Influenza		
Otra vacuna: <input type="text"/>		

REACCIONES ADVERSAS:

¿Ha experimentado alguna reacción adversa a alguna vacuna? _____

¿A cuál vacuna? _____

¿Qué reacción le provocó? _____

NOTA: Si clasifica dentro de alguno de los siguientes grupos, NO debe vacunarse contra la influenza.

- ___ Personas alérgicas al huevo (**pueden recibir la vacuna Flublok**)
- ___ Personas en tratamiento activo de Quimio o Radioterapia (**deben esperar a terminar el tratamiento y tener el visto bueno de su médico**)
- ___ Personas en tratamiento por esteroides biológicos como **prednisona** por tiempo prolongado
- ___ Otros tratamientos que disminuyen la capacidad de su sistema inmunológico como:
Methotrexate, Xeljanz®, Humira®, Orencia®
- ___ Personas que hayan sufrido Guillain Barré
- ___ Personas que hayan experimentado una reacción adversa a una dosis previa de la vacuna contra influenza

SOLO PARA PACIENTES QUE NO SE HAYAN VACUNADO

¿Por qué razón no se ha vacunado en los últimos años?

- ___ NO tiene cubierta de vacunas o no cuenta con plan médico / Costos
- ___ No sabe dónde conseguir la vacuna / Dificultad de acceso físico
- ___ Falta de transportación al lugar donde vacunan
- ___ Desconoce riesgos de enfermedad y/o beneficios de las vacunas
- ___ Desconfía en la seguridad de las vacunas
- ___ Recomendación médica, reacciones adversas previas, contraindicaciones

Para uso interno:

Fecha de revisión

Activo en PRIR