PUBLIC HEALTH
Prevent • Promote • Protect
BENTON-FRANKLIN HEALTH DISTRICT

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:**_____

Cuestionario de Clínica para Bebes, Niños y Adolescentes

Para el padre/tutor: Contestando las siguientes vacunas nos ayuda darle mejor cuidado a su hijo(a) hoy. Si la pregunta no es clara, por favor pida a la enfermera o al medico que se lo explique.

	Si	No	No Sabe
1. ¿Esta enfermo el niño (a) hoy?	☐	☐	☐
2. ¿El niño (a) tiene alergias a medicamentos, comida o alguna vacuna?	☐	☐	☐
3. ¿En el pasado el niño (a) ha tenido una reacción seria a alguna vacuna?	☐	☐	☐
4. ¿El niño (a) tiene problema de salud como el asma, enfermedad pulmonaria, cardiaca, de riñones, enfermedad metabólica (diabetes) ,o enfermedad sanguíneo?	☐	☐	☐
5. ¿Si el niño (a) que será vacunado es dentro de la edad de 2 y 4 años, su proveedor de salud le he dicho que el niño (a) tuvo resoplido o asma en los últimos 12 meses?	☐	☐	☐
6. ¿El niño (a) ha tenido algún ataque, problema de celebro o del sistema nervioso?	☐	☐	☐
7. ¿El niño (a) tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico?	☐	☐	☐
8. ¿El niño (a) ha tomado cortisona, prednisona, otros esteroides, o medicamentos anticáncer, o ha estado expuesto a un tratamiento de rayos X durante los últimos 3 meses.	☐	☐	☐
9. ¿El niño (a) ha recibido una transfusión de productos sanguíneos, o le han dado un medicamento llamado gammaglobulina inmunológico durante el último año?	☐	☐	☐
10. ¿La niña/adolescente esta embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	☐	☐	☐
11. ¿Ha recibido el niño (a) vacunas durante las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐
12. ¿Trajo el expediente de vacunas de su niño (a)?	☐	☐	
13. ¿Si niño (a) es Nativo Norte Americano o Nativo de Alaska?	☐	☐	

14. ¿Su niño tiene cobertura por: ☐ Medicaid ☐ Seguro Privado ☐Ningún seguro

15. Si el seguro privado esta marcado, tiene cobertura para vacunas (sin tomar en cuenta los deducibles).
☐ Si ☐ No

Forma completado por: _____ Fecha: _____

Relación al niño (a): _____

Form reviewed by: _____ Date: _____

Revised 7/09