

## Cuestionario de vacunación contra la sarampión

|                  |                                 |   |  |
|------------------|---------------------------------|---|--|
| Dirección        |                                 |   |  |
| Nombre del niño  | Hombre<br>.<br>Mujer            | Nació en: año    mes    día<br>Edad:    año(s) y    mes(es) |  |
| Nombre del padre | Teléfono                      — |   |  |

**\*Después de leer la revista "La vacuna y la salud del niño"**

responda las preguntas con un círculo y escriba donde se le solicite en los espacios en blanco.

|   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| responda las preguntas con un círculo y escriba donde se le solicite en los espacios en blanco.   | Temperatura antes de la consulta             | _____ grados _____ décimos      |
| <b>PREGUNTAS</b>  | <b>RESPUESTAS</b>                            | <b>reservado para el médico</b> |
| ¿Hoy antes de poner la vacuna ha leído la revista (La vacuna y la salud del niño) que otorga el municipio?  | Si No  |                                 |
| Vamos a hacerle algunas preguntas sobre el (crecimiento/ desarrollo) de su niño.<br>Peso de nacimiento ( _____ g) ¿Tuvo algún problema a la hora del parto?<br>¿Después del nacimiento tuvo algún problema?<br>¿En el examen del bebé le han dicho si tiene algún problema? | tuvo<br>tuvo<br>Si<br>No<br>No<br>tuvo<br>No |                                 |
| ¿Hoy el bebé tiene alguna molestia en el cuerpo?<br>Escriba los síntomas cuando se siente mal. ( _____ )  | Si No  |                                 |
| ¿En este último mes tuvo alguna enfermedad?<br>Nombre de la dolencia ( _____ )  | Si No  |                                 |
| ¿En este último mes hubo algún familiar o amigo que tuvo sarampión, rubéola, varicela, papera?<br>Nombre de la dolencia ( _____ )   | Si No  |                                 |
| ¿En este último mes recibió alguna vacuna?<br>Nombre de vacuna ( _____ )  | Si No  |                                 |
| ¿Qué enfermedad tuvo después de nacido? (Ej.: anomalía congénita, del corazón, riñón, hígado, neurocerebral, inmunodeficiencias, otros)<br>Nombre de dolencia ( _____ )   | Si No  |                                 |
| El doctor que trató esa enfermedad dijo que podría recibir hoy la vacuna?   | Si No  |                                 |
| ¿Alguna vez tuvo convulsiones? ¿Cuándo fué? ( _____ )   | Si No  |                                 |
| ¿En la convulsión tuvo fiebre?  | Si No  |                                 |
| ¿Con medicamentos o alimentos, alguna vez le ha salido erupciones o urticaria o se ha puesto mal?   | Si No  |                                 |
| ¿Algún doctor le dijo que su hijo tiene inmunodeficiencia congénita?  | Si No  |                                 |
| Hasta el presente, ¿alguna vez se puso mal al recibir alguna vacuna?<br>Nombre de la vacuna ( _____ )   | Si No  |                                 |
| ¿En la familia hay alguien que con la vacuna se pone mal?   | Si No  |                                 |
| ¿En los últimos 6 meses ha recibido transfusión sanguínea o inyección de gammaglobulina?  | Si No  |                                 |
| ¿Tiene alguna pregunta sobre la vacuna de hoy?  | Si No  |                                 |
| (Reservado para el médico)  |  |                                 |
| La vacuna de hoy será (aplicada / postergada) luego de la evaluación del cuestionario y del médico.   |  |                                 |
| año _____ mes _____ día _____ Firma del médico _____  |  |                                 |

Con el resultado del examen, la vacuna de hoy, deseo (realizarlo / postergarlo). Firma del responsable

**Advertencia:** Gammaglobulina es un tipo de proteína sanguínea que se utiliza para prevenir la Hepatitis tipo "A" y para tratamientos de infecciones graves. Pero puede variar los resultados de la vacuna del sarampión y otros, si se han aplicado en los últimos 3 a 6 meses.

| Nombre de la vacuna           | Cantidad de<br>inoculación | Local de realización      Nombre del doctor        |
|-------------------------------|----------------------------|--|
| Nombre: Vacuna Anti-sarampión | vacuna<br>subcutánea       | Local de realización                               |
| Lot No                        | 0.5 ml                     | Nombre del médico                                  |
|                               |                            | Fecha de la inoculación      año      mes      día |