

Name _____ Birth Date _____

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Questions for Person Receiving Immunizations

Preguntas Para la Persona Recibiendo Las Vacunas

1. Do you have fever, vomiting or diarrhea today? <i>¿Tien calenture, vómito o diarrea hoy?</i>	Yes	No
2. Do you have something more than a cold? <i>¿Esta enfermo con algo mas que un resfriado?</i>	Yes	No
3. Are you taking medicine? <i>¿Esta tomando alguna medicina?</i>	Yes	No
4. Do you have allergies to any medication, food or vaccine? <i>¿Tiene alergia a un medicamento, comida a vacuna?</i> Circle to indicate allergy: <i>Indique si es alergico a uno de lo siguiente:</i> Eggs <i>Huevos</i> Latex <i>Latex</i> Bakers Yeast <i>Lavadrua de cocinar</i> Gelatin <i>Gelatina</i> Neomycin <i>Neomicina</i> Steptomycin <i>Estreptomicina</i> Thimerosal <i>Timerosal</i>	Yes	No
5. Have you had a serious reaction to a vaccine in the past? <i>¿Ha tenido anteriormente reacciones severas a una vacuna?</i>	Yes	No
6. Have you had any shots within the last three months? <i>¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos tres meses?</i>	Yes	No
7. Do you have or do you come in contact with anyone who has: <i>¿Tiene o esta teniendo contacto directo con alguien que tiene?</i> Cancer <i>Cancer</i> Leukemia <i>Leucemia</i> HIV/AIDS <i>VIH/SIDA</i> Chemotherapy <i>Recibiendo Quimioterapia</i> Large does of steroids <i>Recibiendo grandes dosis de esteroides</i>	Yes	No
8. Have you received blood, a blood product or immune(gamma) globulin in the last 12 months? <i>¿Ha recibido transfusionde sangre,producto de sangre o globulina (gamman) immune en los últimos 12 mes?</i>	Yes	No
9. Have you had a seizure, brain or nerve problem? <i>¿Hatenido una convulsi ón, problemas de nervio ode cerebro?</i>	Yes	No
10. Have you had the disease Hepatitis A? <i>¿Le ha dado la enfermedad de la Hepatitis A?</i>	Yes	No
11. Have you had the chickenpox? If yes, at what age? _____ <i>¿Ha tenido la enfermedad de la varicela? A que edad?</i> _____	Yes	No
12. Have you had the varicella (Chickenpox) vaccination? <i>¿Ha recibidola vacuna para la varicela?</i>	Yes	No
13. Have you ever experienced Guillain-Barre Syndrome? <i>¿Ha tenido el Sindrome de Guillain-Barre?</i>	Yes	No
14. For Females 10 years of age and older: are you pregnant or planning a pregnancy? <i>¿Para mujeres mayores de 10 años; esta emarazada o esta planeando un embarazo?</i>	Yes	No
15. Where did you hear about this clinic? (Circle One) <i>¿C ómo supo de esta clinica? (Circle Uno)</i> TV Radio Newspaper/Periódico School Flier/Escuela Family or Friend/Familiar o Amistad Other _____	Yes	No