



LISTA DE CONTROL PARA LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS EN PACIENTES QUE INICIAN O REINICIAN EL PROGRAMA VACUNAL EN LA CONSULTA DE VACUNAS DE MEDICINA PREVENTIVA

1. ¿Está enfermo hoy, ha tenido fiebre?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>º C
2. ¿Es alérgico a medicamentos, a alimentos, al látex o alguna vacuna? <ul style="list-style-type: none">• Alergia al huevo:• Alergia a la gelatina:• Alergia al Látex:• Alergia a antibióticos:	Especifica cuál SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido alguna reacción importante a alguna vacuna? <ul style="list-style-type: none">• Anafilaxia/Alergia a alguna dosis de una vacuna:	Especifica cuál SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. ¿Ha recibido alguna vacuna en el último mes?	Especifica cuál SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido convulsiones u otra enfermedad neurológica?	Especifica enfermedad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene alguna enfermedad crónica o inmunodeficiencia?	Especifica enfermedad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tomado corticoides o algún tratamiento inmunosupresor en los últimos meses? ¿Está previsto que inicie un tratamiento inmunosupresor?	Especifica fármaco y Dosis SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido inmunoglobulinas, transfusiones sanguíneas u otros hemoderivados en el último año?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9. ¿Convive con persona de edad avanzada, alguna persona con cáncer, trasplantada o alguna otra circunstancia que afecta a la inmunidad?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10. ¿Está embarazada? (si procede la pregunta)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>