

**Formulario 2**  
**Cuestionario de selección para vacunación destinado a [ ] (edad preescolar / escolar)**

		Temperatura corporal antes de la entrevista	grados
Dirección			
Nombre del niño		H	Fecha de nacimiento
Nombre del padre, madre o tutor		M	Nacido el / / (d/m/a) Edad ( años meses)

Cuestionario para la vacunación	Respuesta	Comentario del médico
¿Ha leído el documento (que la oficina municipal le había enviado con anterioridad) en el que se explica en qué consiste la vacuna que administraremos hoy?	Sí No	
Por favor, responda a las siguientes preguntas acerca del niño.		
Peso al nacer ( ) g ¿Presentaba el niño alguna anomalía en el momento del nacimiento?	Sí No	
¿Presentaba el niño alguna anomalía después del nacimiento?	Sí No	
¿Se ha identificado alguna anomalía durante los controles pediátricos del niño ?	Sí No	
¿Está enfermo el niño hoy día? En caso afirmativo, describa el tipo de enfermedad. ( )	Sí No	
¿Ha estado enfermo el niño durante el último mes? Nombre de la enfermedad ( )	Sí No	
¿Algún miembro de la familia o amigo del niño ha tenido sarampión, rubeola, varicela o paperas durante el último mes? Nombre de la enfermedad ( )	Sí No	
¿Ha estado el niño expuesto al contacto con una persona infectada con tuberculosis (incluidos los miembros de la familia)?	Sí No	
¿Ha sido vacunado el niño durante el último mes? Nombre de la vacuna ( )	Sí No	
¿Tiene el niño alguna anomalía congénita, enfermedad del corazón, riñones, hígado, sistema nervioso central, inmunodeficiencia o cualquier otra enfermedad por la que usted haya consultado al médico? Nombre de la enfermedad ( )	Sí No	
¿El médico que se ocupa de dicha enfermedad, está de acuerdo con que el niño reciba la vacuna que administraremos hoy?	Sí No	
¿Ha tenido el niño convulsiones (espasmos o ataques convulsivos) alguna vez? En caso afirmativo, ¿qué edad tenía cuando sucedió? ( )	Sí No	
Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, ¿tuvo fiebre el niño en esa ocasión?	Sí No	
¿Ha tenido el niño alguna vez una erupción en la piel o urticaria (sarpullido o ronchas) como reacción a un medicamento o alimento, o se ha enfermado luego de comer determinados alimentos o recibir ciertos medicamentos?	Sí No	
¿Tiene el niño algún familiar o pariente que padece de una inmunodeficiencia congénita?	Sí No	
¿Ha presentado el niño reacciones graves a vacunaciones anteriores? Nombre de la vacuna ( )	Sí No	
¿Algún familiar o pariente del niño, ha presentado reacciones graves a vacunas alguna vez?	Sí No	
¿Ha recibido el niño una transfusión de sangre, derivados sanguíneos o se le ha administrado gammaglobulina durante los últimos 6 meses?	Sí No	
¿Tiene alguna pregunta acerca de la vacunación de hoy?	Sí No	
<p>Comentario del médico</p> <p>Basado en las respuestas anteriores y el resultado de la entrevista, he decidido que (se puede / no se debe) vacunar al niño hoy día.</p> <p>He informado a los padres/tutor acerca de las ventajas y los efectos secundarios de las vacunas, así como los programas asistenciales a disposición de las personas que sufren efectos secundarios asociados a la vacunación.</p> <p align="center">Firma o nombre y sello del médico:</p>		

Este cuestionario se usa para que la vacunación sea más segura. El médico me ha informado acerca de las ventajas, los objetivos y los riesgos (incluidos los efectos secundarios graves) de la vacuna, además de describir el tipo de asistencia ofrecida en caso de que se produzcan efectos secundarios. Entendiendo esta información, (doy / no doy) \* mi consentimiento para que el niño sea vacunado. \* Por favor, haga un círculo alrededor de su elección. He comprendido la información anterior y doy mi consentimiento para que este formulario sea remitido a la oficina municipal.

Firma del padre / madre / tutor:

Nombre de la vacuna	Dosis	Institución / Nombre del médico / Fecha de administración
Nombre de la vacuna Número de lote [Atención] Verificar fecha de caducidad de la vacuna.	* (Inyección subcutánea)  mL	Institución: Nombre del médico: Fecha de administración: / / (d/m/a)

[Nota] La gammaglobulina es un producto sanguíneo que se inyecta para prevenir infecciones, como la hepatitis tipo A, y para tratar infecciones graves. Algunas vacunas (por ejemplo, la vacuna del sarampión) ocasionalmente pueden ser menos eficaces en personas que han recibido este producto en los últimos 3 a 6 meses.

\* En caso de vacuna de tuberculosis (BCG), describa, por ejemplo: «vacunación percutánea usando un dispositivo BCG con múltiples agujas a un volumen especificado».

**Cuestionario de selección para la vacunación contra el virus del papiloma humano**

		Temperatura corporal antes de la entrevista		grados	
Dirección					
Nombre del paciente					
Nombre del padre, madre o tutor*	H	M	Fecha de nacimiento	Nacido el	/ / (d/m/a)
				Edad (	años meses)

\* Si la persona que recibe la vacuna tiene 16 años o más, no es necesario introducir ningún dato en esta sección.

Cuestionario para la vacunación	Respuesta			Comentario del médico
¿Ha leído el documento (que la oficina municipal le había enviado con anterioridad) en el que se explica en qué consiste la vacuna que administraremos hoy?	Sí	No		
¿Qué número de vacuna es la que recibe esta vez?	1 <sup>ra</sup> .	2 <sup>da</sup> .	3 <sup>ra</sup> .	
Indique las fechas en las que recibió las vacunas anteriores, el tipo de vacuna y edad cuando recibió (si es la 2 <sup>da</sup> o posterior) (Atención 1) Marque con un círculo uno de los tipos de vacunas ① a ④ de la fila inferior de ① Cervarix (bivalente), ② Gardasil (tetraivalente), ③ Silgard 9 (9-valente) y ④ Otras. (Atención 2) En el caso de ③ Silgard 9 (9-valente), es posible completar un total de 2 vacunas administrando la primera dosis antes de los 15 años y la segunda dosis después de un intervalo de 5 meses o más. (Atención 3) Los padres o tutores o la persona que recibe la vacuna/los médicos deben hacer todo lo posible para comprobar las vacunas administradas. Si los registros no están disponibles y no se conocen, el médico debe introducir "desconocido".	1 <sup>ra</sup>	/ / (d/m/a) años ① / ② / ③ / ④		
	2 <sup>da</sup>	/ / (d/m/a) años ① / ② / ③ / ④		
¿Qué tipo de vacuna le gustaría recibir hoy? (Atención) Marque con un círculo uno de los tipos de vacunas ① a ③ de la fila inferior de ① Cervarix (bivalente), ② Gardasil (tetraivalente) y ③ Silgard 9 (9-valente).	① / ② / ③			
¿Está enfermo el paciente hoy día? En caso afirmativo, por favor describa en detalle ( )	Sí	No		
¿Ha estado enfermo el paciente durante el último mes? Nombre de la enfermedad ( )	Sí	No		
¿Ha sido vacunado el paciente durante el último mes? Nombre de la vacuna ( )	Sí	No		
¿Tiene el paciente alguna anomalía congénita, enfermedad del corazón, riñones, hígado, sistema nervioso central, inmunodeficiencia o cualquier otra enfermedad por la que usted haya consultado al médico? Nombre de la enfermedad ( )	Sí	No		
¿El médico que se ocupa de dicha enfermedad, está de acuerdo con que el paciente reciba la vacuna que administraremos hoy?	Sí	No		
¿Ha tenido el paciente convulsiones (espasmos o ataques convulsivos) alguna vez? En caso afirmativo, ¿qué edad tenía cuando sucedió? ( )	Sí	No		
Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, ¿tuvo fiebre el paciente en esa ocasión?	Sí	No		
¿Ha tenido el paciente alguna vez una erupción en la piel o urticaria (sarpullido o ronchas) como reacción a un medicamento o alimento, o se ha enfermado luego de comer determinados alimentos o recibir ciertos medicamentos?	Sí	No		
¿Tiene el paciente algún familiar o pariente que padece de una inmunodeficiencia congénita?	Sí	No		
¿Ha presentado el paciente reacciones graves a vacunaciones anteriores? Nombre de la vacuna ( )	Sí	No		
¿Algún familiar o pariente del paciente ha presentado reacciones graves a vacunas alguna vez?	Sí	No		
¿Existe la posibilidad de que ella esté embarazada (por ejemplo, ha tenido un retraso menstrual o no ha tenido menstruación el mes pasado)? [Atención] Debe prestarse especial atención a la vacunación de mujeres embarazadas.	Sí	No		
¿Tiene alguna pregunta acerca de la vacunación de hoy?	Sí	No		
Comentario del médico Basado en las respuestas anteriores y el resultado de la entrevista, he decidido que (se puede / no se debe) vacunar al paciente hoy día. Se informó a los padres o tutores (o al mismo receptor de la vacuna, en caso de tener 16 años o más) acerca de las ventajas y los efectos secundarios de las vacunas, así como los programas asistenciales a disposición de las personas que sufren efectos asociados a la vacunación.  Firma o nombre y sello del médico:				

Este cuestionario se usa para que la vacunación sea más segura. El médico me ha informado acerca de las ventajas, los objetivos y los riesgos (incluidos los efectos secundarios graves) de la vacuna, además de describir el tipo de asistencia ofrecida en caso de que se produzcan efectos secundarios. Entendiendo esta información, (doy / no doy)\* mi consentimiento para que el niño sea vacunado. Por favor, haga un círculo alrededor de su elección. He comprendido la información anterior y doy mi consentimiento para que este formulario sea remitido a la oficina municipal.

Firma del padre/tutor o la persona que va a ser vacunada: \_\_\_\_\_  
(\*Si la persona que recibe la vacuna es menor de 16 años, debe ser firmado por el padre/tutor)

Nombre de la vacuna	Dosis	Institución / Nombre del médico / Fecha de administración
Nombre de la vacuna Número de lote [Atención] Verificar fecha de caducidad de la vacuna.	Inyección intramuscular  0,5 mL	Institución: Nombre del médico: Fecha de administración: / / (d/m/a)

## Cuestionario de selección para vacunación contra el virus del papiloma humano (para pacientes no acompañados por sus padres/tutores)

### Explicación previa a la vacunación contra el virus del papiloma humano

○ Para los padres/tutores: por favor, lea atentamente este documento.

**\* [Para los padres/tutores de niños entre el sexto grado de la escuela primaria y el primer grado de la secundaria (excluyendo a personas de 16 años o mayores.)]**

Anteriormente se requería el acompañamiento de padres/tutores a los niños para la vacunación. Sin embargo, en caso de la vacunación contra las infecciones por el Virus del Papiloma Humano, los niños de mayores de 13 años (en edad escolar del primero del nivel medio básico al primero de la secundaria (excluyendo a las personas de 16 años o mayores.)) podrán ser vacunados sin la presencia de sus padres/tutores, siempre y cuando dichos padres/tutores hayan leído, comprendido y firmado este documento.

(Por favor, asegúrese de que su hijo lleve consigo este documento el día de la vacunación.)

Antes de firmar este cuestionario de selección, si tiene alguna pregunta acerca de la vacunación, por favor consulte a su médico, un centro de salud o la oficina municipal que se encarga de la vacunación, a fin de comprender completamente las ventajas y los riesgos de la vacunación, antes de tomar una decisión al respecto.

#### 1 Síntomas de infección por virus del papiloma humano (HPV)

El virus del papiloma que puede infectar la piel y las mucosas se clasifica en más de 100 tipos. Los virus que infectan la mucosa generalmente invaden la mucosa genital a través de una pequeña herida en la membrana mucosa provocada por las relaciones sexuales. En los países extranjeros, se estima que más del 50% de las mujeres con experiencia sexual se han infectado con estos virus por lo menos una vez en la vida.

Unas 15 clases de HPV que infecta la mucosa se encuentran en el cáncer cervical, a estos se los denomina "HPV de alto riesgo". En especial dos de estos, el tipo 16 y 18, se detectan frecuentemente y los estudios en el extranjero indican que se encuentran involucrados en aproximadamente el 70% de los casos de cáncer cervical en el caso del exterior, y se sospecha que por lo menos el 90% del cáncer anal y el 40% del vaginal, vulvar y peneano están relacionados con los dos virus en el caso del exterior. Por otro lado se sabe que los virus no clasificados en las categorías de alto riesgo provocan condyloma acuminatum, una verruga genital benigna.

#### 2 Ventajas y efectos secundarios de la vacunación

La vacuna incluye componentes virales de diversos tipos de virus del papiloma humano (HPV) con los que los niños vacunados adquieren la inmunidad ante estos virus. De este modo se protegerán los niños contra el HPV.

La vacuna a veces produce leves efectos secundarios y sólo muy raramente produce efectos secundarios graves. Las reacciones que pueden presentarse tras la vacunación son las siguientes.

#### Principales reacciones adversas de la vacuna contra el HPV

Las principales reacciones adversas incluyen fiebre y reacciones en el lugar de la inyección (dolor, erythema e hinchazón). A veces se produce un síncope, también llamado desmayo, producido a posterior de la vacunación. Las caídas por causas de un síncope pueden producir heridas graves, para evitar esto es conveniente hacer reposar al vacunado en sillones con respaldo bajo observación durante aproximadamente 30 minutos.

En ocasiones aisladas se han informado efectos secundarios graves, como son reacción anafiláctica (estado de shock, urticaria y dificultad respiratoria), síndrome de Guillain-Barre, tromboelismo venoso (sangrado a través de la piel, la mucosa nasal u oral) y encefalomiелitis diseminada aguda (EMDA).

\* Para más información, consulte también los sitios web municipales y los folletos informativos que se envían individualmente.

#### 3 Programas asistenciales para personas que han sufrido efectos secundarios asociados a la vacunación

○ Si, a causa de los daños provocados por los efectos secundarios de la vacunación rutinaria, una persona requiere tratamiento médico o ve afectada su capacidad para realizar actividades cotidianas normales, esta persona puede recibir una indemnización gubernamental de acuerdo a la Ley de Vacunación Preventiva.

○ Dicha indemnización consiste en el pago de los gastos médicos, beneficios médicos, pensión vitalicia para niños discapacitados, pensión por invalidez, suma global de indemnización en caso de fallecimiento y cobertura de los gastos del funeral, que la ley clasifica en función de la gravedad de los daños. La indemnización correspondiente se abona de conformidad con los términos establecidos por la ley. Todas las formas de indemnización, a excepción de la suma global de indemnización por fallecimiento y la cobertura de los gastos del funeral, se pagan de forma continua hasta la finalización del tratamiento o hasta que se produzca una mejoría en el estado de salud.

○ La indemnización es abonada al paciente una vez que el comité de revisión gubernamental certifica que los daños relevantes han sido causados por la vacunación. Este comité está formado por especialistas en vacunación, medicina infecciosa, leyes y otras disciplinas relevantes, que discuten la relación causal entre la vacuna y el daño padecido, es decir, si el daño sufrido ha sido causado por la vacuna o por otros factores (infección antes o después de la vacunación u otras causas).

\* Si Ud. considera que debe solicitar una indemnización, consulte al médico que entrevistó a su hijo antes de la vacunación, el centro de salud o la oficina municipal que se encarga de la vacunación.

#### 4 Precauciones para la vacunación

Las vacunas generalmente se deben administrar a niños en buen estado de salud. Si el niño no se encuentra bien, consulte a su médico para decidir si su niño debe ser vacunado.

Si el niño cumple uno cualquiera de los siguientes criterios, no debe ser vacunado.

- 1) Fiebre evidente (37,5 °C o más)
- 2) Enfermedad aguda severa
- 3) Historia de anafilaxia causada por cualquiera de los componentes del preparado de la vacuna
- 4) Otras condiciones que el médico considere inapropiadas

Si su hija está embarazada, no debe vacunarse.

○ Para los padres/tutor: por favor, lea atentamente el siguiente texto.

Luego de leer atentamente y comprender todo lo anterior, por favor decida si quiere que vacunemos a su hijo. Si decide vacunarlo, firme en el espacio pertinente de la columna destinada a los padres/tutor. **(Las personas menores de 16 años no tendrán permitido recibir la vacunación si su firma.)**

Si no desea que vacunemos a su hijo, no es necesario que firme.

He leído la explicación sobre la vacunación contra el virus del papiloma humano y comprendo los beneficios y riesgos de reacciones adversas graves de las vacunas y el programa asistencial para las personas que padecieron daños como consecuencia de la vacunación. Teniendo en cuenta estos asuntos, acuerdo vacunar a mi hijo.

Entiendo que este documento ha sido redactado para ayudar a los padres y tutores a comprender a fondo en qué consiste la vacunación y doy mi consentimiento para que este formulario sea remitido a la oficina municipal.

Firma del padre / madre / tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de contacto para emergencias: \_\_\_\_\_

\* El presente formulario es necesario para la vacunación contra las infecciones por virus del papiloma humano cuando el niño no está acompañado por su padre / tutor. El presente formulario es necesario para la vacunación contra las infecciones por virus del papiloma humano cuando el niño menor de 16 años no está acompañado por su padre/tutor.

**Sin su firma, a su niño menor de 16 años no le está permitido recibir la vacunación.**

**Cuestionario de selección**

		Temperatura corporal antes de la entrevista		grados	
Dirección					
Nombre del niño	H M	Fecha de nacimiento	Nacido el Edad (	/ / años	(d/m/a) meses)

Questionario para la vacunación	Respuesta			Comentario del médico
¿Ha leído el documento distribuido por la municipalidad en el que se explica en qué consiste la vacuna que administraremos hoy?	Sí	No		
¿Qué número de vacuna es la que recibe esta vez?	1 <sup>ra</sup>	2 <sup>da</sup>	3 <sup>ra</sup>	
Indique las fechas en las que recibió las vacunas anteriores, el tipo de vacuna y edad cuando recibió (si es la 2 <sup>da</sup> o posterior) (Atención 1) Marque con un círculo uno de los tipos de vacunas ① a ④ de la fila inferior de ① Cervarix (bivalente), ② Gardasil (tetraivalente), ③ Silgard 9 (9-valente) y ④ Otras. (Atención 2) En el caso de ③ Silgard 9 (9-valente), es posible completar un total de 2 vacunas administrando la primera dosis antes de los 15 años y la segunda dosis después de un intervalo de 5 meses o más. (Atención 3) Los padres o tutores o la persona que recibe la vacuna/los médicos deben hacer todo lo posible para comprobar las vacunas administradas Si los registros no están disponibles y no se conocen, el médico debe introducir "desconocido" .	1 <sup>ra</sup>	/ / (d/m/a) años ① / ② / ③ / ④		
	2 <sup>da</sup>	/ / (d/m/a) años ① / ② / ③ / ④		
¿Qué tipo de vacuna le gustaría recibir hoy? (Atención) Marque con un círculo uno de los tipos de vacunas ① a ③ de la fila inferior de ① Cervarix (bivalente), ② Gardasil (tetraivalente) y ③ Silgard 9 (9-valente).	① / ② / ③			
¿Está enfermo el niño hoy día? En caso afirmativo, describa el tipo de enfermedad. ( )	Sí	No		
¿Ha estado enfermo el niño durante el último mes? Nombre de la enfermedad ( )	Sí	No		
¿Ha sido vacunado el niño durante el último mes? Nombre de la vacuna ( )	Sí	No		
¿Tiene el niño alguna anomalía congénita, enfermedad del corazón, riñones, hígado, sistema nervioso central, inmunodeficiencia o cualquier otra enfermedad por la que usted haya consultado al médico? Nombre de la enfermedad ( )	Sí	No		
¿El médico que se ocupa de dicha enfermedad está de acuerdo con que el niño reciba la vacuna que administraremos hoy?	Sí	No		
¿Ha tenido el niño convulsiones (espasmos o ataques convulsivos) alguna vez? En caso afirmativo, ¿qué edad tenía cuando sucedió? ( )	Sí	No		
Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, ¿tuvo fiebre el niño en esa ocasión?	Sí	No		
¿Ha tenido el niño alguna vez una erupción en la piel o urticaria (sarpullido o ronchas) como reacción a un medicamento o alimento, o se ha enfermado luego de comer determinados alimentos o recibir ciertos medicamentos?	Sí	No		
¿Tiene el niño algún familiar o pariente que padece de una inmunodeficiencia congénita?	Sí	No		
¿Ha presentado el niño reacciones graves a vacunaciones anteriores? Nombre de la vacuna ( )	Sí	No		
¿Algún familiar o pariente del niño ha presentado reacciones graves a vacunas alguna vez?	Sí	No		
¿Existe la posibilidad de que ella esté embarazada (por ejemplo, ha tenido un retraso menstrual o no ha tenido menstruación el mes pasado)? [Atención] Debe prestarse especial atención a la vacunación de mujeres embarazadas.	Sí	No		
Este cuestionario se usa para que la vacunación sea más segura. ¿Está usted de acuerdo con que se vacune a su hijo, teniendo en cuenta las enfermedades que ha tenido con anterioridad y su estado de salud actual? (Estoy / no estoy)* de acuerdo con que el niño sea vacunado. * Por favor, haga un círculo alrededor de su elección. He comprendido la información anterior y doy mi consentimiento para que este formulario sea remitido a la oficina municipal.				
Firma del padre / madre / tutor:				

Comentario del médico Basado en las respuestas anteriores y el resultado de la entrevista, he decidido que (se puede / no se debe) vacunar al paciente hoy día. He informado al paciente acerca de las ventajas y los efectos secundarios de las vacunas, así como los programas asistenciales a disposición de las personas que sufren efectos secundarios asociados a la vacunación.  Firma o nombre y sello del médico:
--

Nombre de la vacuna	Dosis	Institución / Nombre del médico / Fecha de administración
Nombre de la vacuna Número de lote [Atención] Verificar fecha de caducidad de la vacuna.	Inyección intramuscular  0,5 mL	Institución: Nombre del médico: Fecha de administración: / / (d/m/a)

Registro de vacunación y cuestionario de vacunación contra la hepatitis B

		Temperatura corporal antes de la entrevista		grados	
Dirección					
Nombre del niño			H	Fecha de nacimiento	Nacido el / / (d/m/a)
Nombre del padre, madre o tutor			M		Edad ( años / meses)

Cuestionario para la vacunación	Respuesta		Comentario del médico
¿Ha leído el documento (que la oficina municipal le había enviado con anterioridad) en el que se explica en qué consiste la vacuna que administraremos hoy?	Sí	No	
Por favor, responda a las siguientes preguntas acerca del niño.			
Peso al nacer ( ) g ¿Presentaba el niño alguna anomalía en el momento del nacimiento?	Sí	No	
¿Presentaba el niño alguna anomalía después del nacimiento?	Sí	No	
¿Se ha identificado alguna anomalía durante los controles pediátricos del niño ?	Sí	No	
¿Está enfermo el niño hoy día? En caso afirmativo, describa el tipo de enfermedad. ( )	Sí	No	
¿Ha estado enfermo el niño durante el último mes? Nombre de la enfermedad ( )	Sí	No	
¿Algún miembro de la familia o amigo del niño ha tenido sarampión, rubeola, varicela o paperas durante el último mes? Nombre de la enfermedad ( )	Sí	No	
¿Ha sido vacunado el niño durante el último mes? Nombre de la vacuna ( )	Sí	No	
¿Tiene el niño alguna anomalía congénita, enfermedad del corazón, riñones, hígado, sistema nervioso central, inmunodeficiencia o cualquier otra enfermedad por la que usted haya consultado al médico? Nombre de la enfermedad ( )	Sí	No	
¿El médico que se ocupa de dicha enfermedad, está de acuerdo con que el niño reciba la vacuna que administraremos hoy?	Sí	No	
¿Ha tenido el niño convulsiones (espasmos o ataques convulsivos) alguna vez? En caso afirmativo, ¿qué edad tenía cuando sucedió? ( )	Sí	No	
Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, ¿tuvo fiebre el niño en esa ocasión?	Sí	No	
¿Ha tenido el niño alguna vez una erupción en la piel o urticaria (sarpullido o ronchas) como reacción a un medicamento o alimento, o se ha enfermado luego de comer determinados alimentos o recibir ciertos medicamentos?	Sí	No	
¿Es hipersensible al látex*?	Sí	No	
¿Tiene el niño algún familiar o pariente que padece de una inmunodeficiencia congénita?	Sí	No	
¿Ha presentado el niño reacciones graves a vacunaciones anteriores? Nombre de la vacuna ( )	Sí	No	
¿Algún familiar o pariente del niño, ha presentado reacciones graves a vacunas alguna vez?	Sí	No	
¿Ha recibido el niño una transfusión de sangre, derivados sanguíneos o se le ha administrado gammaglobulina durante los últimos 6 meses?	Sí	No	
¿Tras su nacimiento, fue vacunado contra la hepatitis B para prevenir el contagio de madre a hijo?	Sí	No	
¿Tiene alguna pregunta acerca de la vacunación de hoy?	Sí	No	
Comentario del médico Basado en las respuestas anteriores y el resultado de la entrevista, he decidido que (se puede / no se debe) vacunar al niño hoy día. He informado a los padres/tutor acerca de las ventajas y los efectos secundarios de las vacunas, así como los programas asistenciales a disposición de las personas que sufren efectos secundarios asociados a la vacunación. Firma o nombre y sello del médico:			

Este cuestionario se usa para que la vacunación sea más segura. El médico me ha informado acerca de las ventajas, los objetivos y los riesgos (incluidos los efectos secundarios graves) de la vacuna, además de describir el tipo de asistencia ofrecida en caso de que se produzcan efectos secundarios. Entendiendo esta información, (doy / no doy) \* mi consentimiento para que el niño sea vacunado. \* Por favor, haga un círculo alrededor de su elección. He comprendido la información anterior y doy mi consentimiento para que este formulario sea remitido a la oficina municipal.  
Firma del padre / madre / tutor:

Nombre de la vacuna	Dosis	Institución / Nombre del médico / Fecha de administración
Nombre de la vacuna Número de lote [Atención] Verificar fecha de caducidad de la vacuna.	* (Inyección subcutánea)  mL	Institución: Nombre del médico: Fecha de administración: / / (d/m/a)

[Nota] La hipersensibilidad al látex se refiere a la hipersensibilidad inmediata a los productos de caucho natural. Existe sospecha de que sea hipersensible a este material en caso de que haya tenido en el pasado una reacción alérgica al haber usado guantes de látex. Por favor, infórmenos en caso de padecer alguna alergia a alguna fruta y similares que presentan reacciones cruzadas con el látex (banana, castañas, kiwis, palta o aguacate, melones, etc.).

### Cuestionario de vacunación contra enfermedades infecciosas por rotavirus

\*Los padres o tutores deben rellenar dentro del marco en negrita.

<b>Dirección</b>				<b>Fecha de vacunación</b>	Año	Mes	Día
				<b>Temperatura corporal antes de la consulta</b>	Grados		
				<b>Teléfono Nº</b>	( )	-	
<b>Nombre de quien se vacuna</b>	(Furigana)	<b>Hombre-Mujer</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>	Año	Mes	Día
<b>Nombre del padre / tutor</b>				( semanas días postnatal)	* ○ semana ● días postnatal* significa los días contados desde el siguiente día del nacimiento.		

Si es la 1ª vez, ¿Ha confirmado que hoy no hayan pasado 14 semanas y 6 días de postnatal?

Para la Institución Médica. (Marcar con )

Cuestionario	Respuestas			Para el médico
	1ª vez	2ª vez	3ª vez	
¿Cuál vez es la vacunación de hoy?	1ª vez	2ª vez	3ª vez	
Ingrese la fecha de vacunación anterior ( sólo en caso de no ser esta la 1ª vez) * Confirmar que haya un intervalo de 27 días o más desde la última vacunación contra el rotavirus.	1ª vez	Año Mes Día		
	2ª vez	Año Mes Día		
¿Ha leído las explicaciones distribuidas por el municipio sobre las vacunas a recibir hoy?	Sí	No		
¿Ha entendido los efectos y las reacciones secundarias de la vacunación a recibir hoy?	Sí	No		
¿Ha recibido las explicaciones sobre la invaginación intestinal y la ha entendido?	Sí	No		
Preguntas sobre el historial de desarrollo de su hijo. Peso al nacer			g	
¿Ha presentado alguna anomalía en el momento del parto?	Sí	No		
¿Ha presentado alguna anomalía después del nacimiento?	Sí	No		
¿En algún control pediátrico le han dicho que tendría algo mal?	Sí	No		
¿Se siente enfermo el niño hoy día? Por favor describa los síntomas específicos. ( )	Sí	No		
¿Ha estado enfermo durante el último mes? Nombre de la enfermedad ( )	Sí	No		
¿Algún miembro de la familia o compañero de juego ha tenido sarampión, rubéola, varicela, paperas, etc. durante el último mes? Nombre de la enfermedad ( )	Sí	No		
¿Ha recibido alguna vacuna durante el último mes? Tipo de vacunación ( ) Fecha de vacunación ( )	Sí	No		
¿Ha tenido alguna vez una intususcepción? ¿O tiene algún trastorno gastrointestinal congénito que no haya sido tratado? * En este caso, no podrá recibir la vacunación contra el rotavirus.	Sí	No		
¿Le han diagnosticado en alguna ocasión deficiencia inmunológica? ¿O ha tenido infecciones como neumonía u otitis media, repetidas diarrea o mal aumento de peso? * Según el caso podría no poder recibir la vacunación contra el rotavirus.	Sí	No		
Además, ¿alguna vez le han diagnosticado anomalías congénitas, trastornos gastrointestinales, enfermedades del corazón, riñón, hígado, sangre, nervios craneales u otras enfermedades y ha sido examinado por algún médico? Nombre de la enfermedad ( )	Sí	No		
¿El médico que le está tratando por dicha enfermedad le ha dicho que puede vacunarse hoy?	Sí	No		
¿Alguna vez ha tenido convulsiones ( espasmos)? (Alrededor de ... meses)	Sí	No		
¿Ha tenido fiebre en esa ocasión?	Sí	No		
¿Alguna vez ha tenido sarpullido o urticaria en la piel, o se ha enfermado como reacción a medicamentos o alimentos? Nombre del medicamento / alimento ( )	Sí	No		
¿Alguna vez ha estado enfermo después de ser vacunado? Tipo de vacunación ( )	Sí	No		
¿Ha recibido la madre la administración de fármacos supresores de inmunidad durante el embarazo? Nombre del medicamento ( )	Sí	No		
¿Tiene algún familiar consanguíneo con una inmunodeficiencia congénita?	Sí	No		
¿Alguno de sus familiares consanguíneos se ha enfermado después de recibir la vacunación?	Sí	No		
¿Alguna vez ha recibido una transfusión de sangre o una inyección de gammaglobulina?	Sí	No		
¿Tiene una pregunta sobre la vacunación de hoy?	Sí	No		

**Para el médico**

Como resultado de la entrevista y las respuestas anteriores, se considera que (es posible / sería mejor posponer) la vacunación de hoy. Se les a explicado a los padres / tutores sobre los efectos de la vacunación, las reacciones adversas (particularmente sobre la invaginación intestinal) y el sistema de asistencia por daños a la salud causadas por la vacunación.

Firma o sello del médico:

**Para los padres / tutores**

Recibido el exámen médico, antes de administrar la vacuna se me ha informado para comprender el efecto y el propósito de la vacunación, la posibilidad de reacciones secundarias graves (particularmente la intususcepción) y el sistema de asistencia por daños a la salud causadas por la vacunación, etc., y (Doy / No doy) mi consentimiento para que el niño sea vacunado. \* Por favor, marque con un círculo su elección. El objetivo de cuestionario es garantizar la seguridad de la vacunación. Comprendiendo esto, doy mi consentimiento para que este formulario sea remitido a la oficina municipal.

Firma de padre / madre / tutor

Nombre de la vacuna utilizada	Dosis		Institución / Nombre del médico / Fecha de vacunación			
Nombre de la vacuna	Inoculación oral		Institución			
Lote Nº	Rotatech®	Rotarix®	Nombre del médico			
(Atención) Verifique fecha de caducidad	2mL	1.5mL	Fecha de vacunación	Año	Mes	Día