

CHILD/TEEN IMMUNIZATION SCREENING



Vaccine Information Sheets

Name of Patient: _____ Date of Birth: _____

PLEASE READ THEN ANSWER ALL QUESTIONS!

To properly immunize your child, you must have your child's immunization record book or written history of previous vaccinations.
If no records are available, please see the receptionist.

If you are **NOT** the 1) parent or 2) legal guardian or 3) have written permission from either the parent or legal guardian, please contact the registration desk for further instructions.

	YES	NO	DON'T KNOW
1. Is your child sick today?	☐	☐	☐
2. Does your child have a fever today?	☐	☐	☐
3. Is your child on any medications?	☐	☐	☐
4. Has your child ever had seizures/convulsions?	☐	☐	☐
5. Has your child ever had a reaction to a vaccine in the past?	☐	☐	☐
6. Does your child have cancer, leukemia, AIDS, or any other immune system problem?	☐	☐	☐
7. Does your child have any diseases?	☐	☐	☐
8. Has your child taken any cortisone, prednisone, other steroids or anti-cancer medications in the past 3 months?	☐	☐	☐
9. Is your child allergic to any foods, eggs, vaccines, medications, yeast, MSG, etc.?	☐	☐	☐
10. Has your child received a transfusion of blood or blood products, or been given a medicine called immune (gamma) globulin in the past year?	☐	☐	☐
11. Is your child exposed to tobacco smoke in the home?	☐	☐	☐
12. Does your child use any form of tobacco?	☐	☐	☐
13. Could your child be pregnant or is there any chance she could become pregnant during the next four weeks?	☐	☐	☐
14. Has your child received vaccinations in the past 4 weeks?	☐	☐	☐
15. Does your child have a history of Guillain-Barre syndrome?	☐	☐	☐
16. Did you receive the CAIR Vaccine Information Sheets, or scan the QR Code at the top of this sheet to view the Vaccine Information Sheets electronically?	☐	☐	

Signature: _____ Date: _____

HIJO/ADOLESCENTE ENCUESTA DE VACCUNAS



Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

FAVOR DE LEER LAS PREGUNTAS ANTES DE CONTESTAR!

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE
LA VACUNA

Para poder vacunar a su niño(a) es necesario que traiga la boleta de vacunas, **si no la trae, favor de ver a la recepcionista.**

Si usted **no es** el padre o la madre o guardián legal de este niño(a). O no tiene permiso por escrito de uno de ellos. Favor de volver a la recepcionista para obtener más instrucciones.

	Sí	No	No Se
1. ¿Está su niño(a) enfermo hoy?	☐	☐	☐
2. ¿Tiene su niño(a) fiebre hoy?	☐	☐	☐
3. ¿Está su niño(a) tomando medicinas?	☐	☐	☐
4. ¿Há tenido su niño(a) convulsiones?	☐	☐	☐
5. ¿Há tenido su niño(a) una reacción a una vacuna en el pasado?	☐	☐	☐
6. ¿Sufre su niño(a) de cáncer, leucemia, VIH o enfermedad del SIDA?	☐	☐	☐
7. ¿Tiene su niño(a) algún problema o enfermedad?	☐	☐	☐
8. ¿Ha tomado el niño(a) alguna medicina en los últimos tres meses como cortisona, prednisone, esteroides o medicina para prevenir el cáncer?	☐	☐	☐
9. ¿Tiene su niño(a) alergias a comidas como huevos, vacunas, medicinas, levaduras, MSG, etc?	☐	☐	☐
10. ¿Há tenido su niño(a) transfusión de sangre, o productos de sangre, o gamma globulina en el pasado año?	☐	☐	☐
11. ¿Está su niño(a) expuesto a tabaco en el hogar?	☐	☐	☐
12. ¿Usa su niño(a) alguna forma de tabaco?	☐	☐	☐
13. ¿Está su hija embarazada? Ó existe alguna posibilidad que quede embarazada en las próximas cuatro semanas?	☐	☐	☐
14. ¿Há recibido su niño(a) vacunas en las pasadas cuatro semanas?	☐	☐	☐
15. ¿Tiene su hijo(a) una historia de síndrome de Guillain-Barré?	☐	☐	☐
16. ¿Recibió las hojas de información sobre vacunas de CAIR o escaneó el código QR en la parte superior de esta hoja para ver las hojas de información sobre vacunas electrónicamente?	☐	☐	

Firma: _____ Fecha: _____