

Parent/guardian of a child – Padre/tutor del niño

English

Health Screening: The following questions will help us determine which vaccines may be given today. If a question is not clear, please ask the nurse to explain it.	Yes	No	Don't Know
1. Is your child sick today? (<i>all vaccines</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Has your child received any vaccines within the past 4 weeks, including flu nasal spray? (<i>live vaccines</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has your child had a severe allergic reaction to a medication, food item, latex, or previous dose of a vaccine? (<i>all vaccines</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has your child taken an antiviral medication within the past 48 hours? (<i>LAIV, varicella</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Does your child have any of these conditions: diabetes, any chronic health problems of the heart, lung, kidney, liver, neurologic system, a blood disorder, or experienced wheezing in the past 12 months or ever been diagnosed with asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Has your child, their sibling, or parent had a seizure? Has your child had a brain or other nervous system problem including Guillain-Barre syndrome? (<i>DTaP, Td, Tdap, influenza, MMRV</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Does your child have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problems? (<i>live vaccines</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Is your child receiving aspirin therapy or aspirin-containing therapy? (<i>LAIV</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. In the past 3 months, has your child taken medications that weaken the immune system, such as cortisone, prednisone, other steroids, anti-cancer drugs, or had radiation treatments? (<i>live vaccines</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. In the past 11 months, has your child received a transfusion of blood or blood products, or been given immune globulin? (<i>MMR, low dose varicella</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. For female clients only: Is your child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month? (<i>live vaccines, HPV</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Español

Questionario de salud: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar las vacunas que podemos darle hoy. Si una pregunta no es clara, por favor pídala a una enfermera que le explique.	Sí	No	No sé
1. ¿Su niño/a está enfermo hoy? (<i>all vaccines</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su niño/a ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas, incluyendo un rociador nasal para la gripe? (<i>live vaccines</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido su niño/a alguna reacción alérgica severa a un medicamento, alimento, látex, o a una dosis previa de una vacuna? (<i>all vaccines</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tomado su niño/a un medicamento antiviral en las últimas 48 horas? (<i>LAIV, varicella</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Su niño/a ha tenido silbido asmático en el pecho en los últimos 12 meses o alguna vez ha sido diagnosticado/a con asma? ¿Y/o alguna vez su niño/a ha tenido problemas de salud a largo plazo en el corazón, los pulmones, los riñones, el sistema neurológico, el hígado, o una enfermedad metabólica (diabetes), o anemia o algún otro trastorno a la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Su niño/a, sus hermanos o padres han tenido un ataque apopléjico? ¿Ha tenido su niño/a un problema en el cerebro u otro problema del sistema nervioso incluyendo el síndrome de Guillain-Barre? (<i>DTaP, Td, Tdap, influenza, MMRV</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Su niño/a tiene cáncer, leucemia, HIV/SIDA, o algún otro problema del sistema inmunológico? (<i>live vaccines</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Su niño/a está recibiendo terapia con aspirina o con algún medicamento que contiene aspirina? (<i>LAIV</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿En los últimos 3 meses, ha tomado su niño/a medicamentos que debilitan el sistema inmunológico, como cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cáncer, o ha recibido tratamiento de radiación? (<i>live vaccines</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿En los últimos 11 meses, ha recibido su niño/a una transfusión de sangre o de productos de sangre, o ha recibido inmunoglobulina o gammaglobulina? (<i>MMR, low dose varicella</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sólo para pacientes del sexo femenino: ¿Está su niña o adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que pueda embarazarse durante el próximo mes? (<i>live vaccines, HPV</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adult - Adulto

English

Health Screening: The following questions will help us determine which vaccines may be given today. If a question is not clear, please ask the nurse to explain it.	Yes	No	Don't Know
1. Are you sick today? <i>(all vaccines)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you received any vaccines within the past 4 weeks, including flu nasal spray? <i>(live vaccines)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you had a severe allergic reaction to a medication, food item, latex or previous dose of a vaccine? <i>(all vaccines)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have you taken an antiviral medication within the past 48 hours? <i>(LAIV, varicella)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Do you have diabetes or any chronic health problems of the heart, lung, kidney, liver, neurologic system, or a blood disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you had a seizure, brain, or other nervous system problem including Guillain-Barre syndrome? <i>(Td, Tdap, influenza)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Do you have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problems? <i>(live vaccines)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. In the past 3 months, have you taken medications that weaken your immune system, such as cortisone, prednisone, other steroids, anti-cancer drugs, or have you had radiation treatments? <i>(live vaccines)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. In the past 11 months, have you received a transfusion of blood or blood products, or been given immune (gamma) globulin? <i>(MMR, low dose varicella)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. For female clients only: Are you pregnant or is there a chance you could become pregnant during the next month? <i>(live vaccines, HPV)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Español

Cuestionario de salud: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar las vacunas que podemos darle hoy. Si una pregunta no es clara, por favor pídale a una enfermera que le explique.	Sí	No	No sé
1. ¿Usted está enfermo hoy? <i>(all vaccines)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas, incluyendo un rociador nasal para la gripe? <i>(live vaccines)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica severa a un medicamento, alimento, látex, o a una dosis previa de una vacuna? <i>(all vaccines)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tomado un medicamento antiviral en las últimas 48 horas? <i>(LAIV, varicella)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Usted tiene diabetes o algún problema crónico de salud en el corazón, los pulmones, los riñones, el hígado, el sistema neurológico o algún trastorno a la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido un ataque apopléjico, o algún problema en el cerebro u otro problema al sistema nervioso incluyendo el síndrome de Guillain-Barre? <i>(Td, Tdap, influenza)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Usted tiene cáncer, leucemia, HIV/SIDA, o algún otro problema del sistema inmunológico? <i>(live vaccines)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿En los últimos 3 meses, ha tomado medicamentos que debilitan el sistema inmunológico, como cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cáncer, o ha recibido tratamiento de radiación? <i>(live vaccines)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿En los últimos 11 meses, ha recibido una transfusión de sangre o de productos de sangre, o ha recibido inmunoglobulina o gammaglobulina? <i>(MMR, low dose varicella)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sólo para pacientes del sexo femenino: ¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de que pueda embarazarse durante el próximo mes? <i>(live vaccines, HPV)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>