

**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	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? ¿Presentaba el niño alguna anomalía después del nacimiento? ¿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? ( ) 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	
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 niño ha sido entrevistado por el médico, quien 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. Considero que entiendo 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] Verifique si la fecha de caducidad de la vacuna es válida.	* (Inyección subcutánea) ** (Administración oral)  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».

\*\* En caso de vacuna antipolio, describa por ejemplo: «administración por vía oral a una dosis especificada de 0,05 mL».

**Cuestionario de selección para la vacunación de sarampión y rubeola  
(Fases 3 y 4: para pacientes acompañados por padres/tutor y pacientes casadas)**

		Temperatura corporal antes de la entrevista		Grados	
Dirección					
Nombre del paciente	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?	Si	No	
Por favor, responda las siguientes preguntas acerca del paciente que se va a vacunar. ¿El paciente tenía bajo peso al nacer o se identificó alguna anomalía en el momento del nacimiento, después del parto o durante los controles pediátricos del niño?	Si	No	
¿Está enfermo el paciente hoy día? En caso afirmativo, por favor describa en detalle ( )	Si	No	
¿Ha estado enfermo el paciente durante el último mes? Nombre de la enfermedad ( )	Si	No	
¿Algún miembro de la familia o amigo del paciente ha tenido sarampión, rubeola, varicela o paperas durante el último mes? Nombre de la enfermedad ( )	Si	No	
¿Ha sido vacunado el paciente durante el último mes? Nombre de la vacuna ( )	Si	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 ( )	Si	No	
¿El médico que se ocupa de dicha enfermedad, está de acuerdo con que el paciente reciba la vacuna que administraremos hoy?	Si	No	
¿Ha tenido el paciente convulsiones (espasmos o ataques convulsivos) alguna vez? En caso afirmativo, ¿qué edad tenía cuando sucedió? ( )	Si	No	
Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, ¿tuvo fiebre el paciente en esa ocasión?	Si	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?	Si	No	
¿Tiene el paciente algún familiar o pariente que padece de una inmunodeficiencia congénita?	Si	No	
¿Ha presentado el paciente reacciones graves a vacunaciones anteriores? Nombre de la vacuna ( )	Si	No	
¿Algún familiar o pariente del paciente ha presentado reacciones graves a vacunas alguna vez?	Si	No	
¿Ha recibido el paciente una transfusión de sangre, derivados sanguíneos o se le ha administrado gammaglobulina durante los últimos 6 meses?	Si	No	
En el caso de vacunación a una mujer: ¿Existe la posibilidad de que ella esté embarazada (por ejemplo, ha tenido un retraso menstrual o no ha tenido menstruación el mes pasado)? [Atención] Las mujeres que se vacunan deben evitar el embarazo en los 2 meses posteriores a la vacunación.	Si	No	
¿Tiene alguna pregunta acerca de la vacunación de hoy?	Si	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. He informado a los padres/tutor (o a la paciente misma, si está casada) 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 paciente ha sido entrevistado por el médico, quien 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. Considero que entiendo esta información.  
(Doy / no doy)\* mi consentimiento para que el paciente 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 (o de la paciente misma, si está casada):

Nombre de la vacuna	Dosis	Institución / Nombre del médico / Fecha de administración
Nombre de la vacuna Número de lote [Atención] Verifique si la fecha de caducidad de la vacuna es válida.	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.

\* Si la paciente está casada, no es preciso responder a esta pregunta.

**Cuestionario de selección para la vacunación de sarampión y rubeola  
(Fases 3 y 4: para pacientes no acompañados por sus padres/tutor)**

**Explicación previa a la vacunación de sarampión y rubeola**

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

\* [Para los padres/tutor del niño que se va a vacunar, cuya edad corresponde a todo el periodo de educación secundaria]

Anteriormente, los niños tenían que estar acompañados por uno de sus padres o su tutor legal en el momento de la vacunación. Sin embargo, solamente para la vacunación de sarampión y rubeola, los niños en edad que corresponde al periodo de educación secundaria, durante los 5 años comprendidos entre el 2008 y 2012, dichos niños podrán ser vacunados sin la presencia de sus padres/tutor, a condición de que los padres/tutor hayan leído, comprendido y firmado este documento, permitiendo que el niño reciba la vacuna.

(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 del sarampión y la rubeola**

○ Sarampión

El sarampión es una enfermedad causada por el virus del sarampión, que se transmite por diseminación de gotitas suspendidas en el aire y por contacto directo. Una vez que alguien es infectado por el virus, el paciente no presenta síntomas durante 10-12 días, etapa llamada periodo de incubación. A continuación, el paciente empieza a tener síntomas como fiebre, tos, rinitis, conjuntivitis y una erupción cutánea característica, formada por manchas rojas parduscas. Una vez finalizado el periodo de incubación, y durante 3-4 días el paciente tiene fiebre de 38 °C, tos, rinitis y conjuntivitis. Al principio la fiebre parece que disminuye, pero luego aumenta nuevamente hasta 39-40 °C y aparece una erupción roja (exantema) en el cuello y la cara que posteriormente se extiende al resto del cuerpo. La fiebre cede a los 3-4 días y el rash cutáneo desaparece progresivamente. En las zonas afectadas por la erupción pueden quedar manchas oscuras durante algún tiempo.

Aproximadamente el 30% de los pacientes tienen complicaciones y las más comunes son bronquitis, neumonía, otitis media y encefalitis. Por cada 100 enfermos de sarampión, 7-9 desarrollan otitis media y aproximadamente 6 desarrollan neumonía. **Una de cada 1 000 personas con sarampión desarrollan encefalitis.**

Durante los 20 años posteriores a la infección de sarampión, 1 de cada 100 000 personas desarrollan **panencefalitis esclerosante subaguda (PEES)**, una forma grave de encefalitis.

Una de cada 1 000 personas que contraen el sarampión mueren a causa de esta enfermedad.

○ Rubeola

La rubeola es una enfermedad provocada por el virus de la rubeola, que se transmite por diseminación de gotitas suspendidas en el aire. Una vez infectado por el virus, el paciente no presenta síntomas durante 14-21 días, llamado el periodo de incubación. A continuación aparecen los síntomas, generalmente una erupción en la piel menos roja que la del sarampión, fiebre e inflamación de los ganglios linfáticos, principalmente en el fondo de la garganta. A veces se presentan síntomas como tos, rinitis y conjuntivitis. Cuando un niño contrae la rubeola, tanto la erupción como la fiebre desaparecen a los 3 días, por lo que a veces esta enfermedad se llama también «sarampión de tres días». Las complicaciones de la rubeola son dolores articulares, púrpura trombocitopénica (1 en 3 000 pacientes) y encefalitis (1 en 6 000 pacientes). Los síntomas son frecuentemente más graves en los adultos que en los niños.

**Si una mujer contrae la rubeola durante las fases iniciales del embarazo, el bebé tiene probabilidad de nacer con síndrome de rubeola congénita, que puede incluir cardiopatía, cataratas, sordera y otras anomalías.**

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

La vacuna induce inmunidad en más del 95% de los niños vacunados, de modo que quedan protegidos frente al sarampión y la rubeola.

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.

1) Principales efectos secundarios causados por la vacuna combinada de sarampión-rubeola

(Esta vacuna se usa normalmente para la vacunación simultánea de sarampión y rubeola.)

Los principales efectos secundarios son fiebre (20% de los pacientes) y erupción cutánea (10%). Estos síntomas generalmente aparecen 5-14 días después de la vacunación. Durante las primeras 24 horas después de la vacunación, aparecen ocasionalmente fiebre, erupción en la piel y picazón, que se consideran reacciones alérgicas, pero estos síntomas desaparecen en 1 a 3 días. Algunos pacientes presentan enrojecimiento, hinchazón e induración en el lugar de la inyección, así como inflamación de los ganglios linfáticos; sin embargo, estos síntomas suelen desaparecer al cabo de pocos días.

Raramente, se han notificado efectos secundarios graves, incluida la reacción anafiláctica (ronchas, dificultad respiratoria e incluso shock), púrpura trombocitopénica aguda (sangrado bajo la piel, nasal, de la mucosa bucal y otras zonas), encefalitis y convulsiones.

## 2) Efectos secundarios causados por la vacuna de sarampión

(Esta vacuna se utiliza exclusivamente para vacunar contra el sarampión.)

Los principales efectos secundarios son fiebre (entre 37,5 °C y 38,5 °C, en 5% de los pacientes), fiebre alta (mayor de 38,5 °C en 8%) y un exantema similar al del sarampión (en 6%), que se presentan principalmente entre 5-14 días después de la vacunación. Sin embargo, la fiebre generalmente sólo dura 1 o 2 días. El exantema rara vez es más severo y puede presentar enrojecimiento, hinchazón o incluso parecer sarampión verdadero. Otros efectos secundarios son el enrojecimiento y la hinchazón en el lugar de la inyección y convulsiones febriles (1 en 300 pacientes), sarpullido (urticaria) y otros efectos secundarios menos frecuentes, que son transitorios.

Los raros efectos secundarios graves incluyen reacciones anafilácticas, encefalitis/encefalopatía (1 en un millón o menos) y púrpura trombocitopénica aguda (1 en un millón).

La panencefalitis esclerosante subaguda (PEES) causada por la vacunación se considera extremadamente rara, ya que se produce con 1/10 de frecuencia con que ocurre en pacientes contagiados de forma natural por el virus del sarampión.

## 3) Efectos secundarios causados por la vacuna de rubeola

(Esta vacuna se utiliza exclusivamente para vacunar contra la rubeola.)

Los principales efectos secundarios son erupción en piel, urticaria, eritema, picazón, fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos y dolores articulares.

Los raros efectos secundarios graves incluyen shock, reacciones anafilácticas y púrpura trombocitopénica aguda (1 en un millón de pacientes).

## 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).

○ Entre el 2008 y 2012, la vacuna de sarampión y rubeola (incluida la vacuna sólo para sarampión o rubeola) se debe administrar a niños cuya edad corresponde al periodo que va del primer año de secundaria al último año de secundaria, desde abril de ese año hasta marzo del año siguiente. Si se desea vacunar a un niño después del periodo definido, se considera que la vacuna no queda cubierta por la Ley de Vacunación Preventiva (vacunación voluntaria). En estos casos, si el niño sufre daños a causa de la vacunación, recibirá la indemnización establecida por la Ley de la Agencia de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos. Sin embargo, cabe tener en cuenta que dicha remuneración es aproximadamente la mitad de la que ofrece la Ley de Vacunación Preventiva (los gastos médicos, los beneficios médicos y la cobertura de gastos del funeral son parecidos).

\* 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) Cualquier enfermedad asociada con una deficiencia evidente del sistema inmune o una terapia inmunosupresora**
- 5) Embarazo**
- 6) Otras condiciones que el médico considere inapropiadas**

[Precauciones para las mujeres]

Si está usted embarazada o piensa que puede estarlo, no debe vacunarse. Le recomendamos que se vacune una vez que haya dado a luz o cuando se descarte un embarazo.

Cuando se vaya a vacunar, consulte al médico que administra la vacuna, el centro de salud o la oficina municipal que se encarga de la vacunación.

**Deberá evitar el embarazo en los 2 meses posteriores a la vacunación.**

○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 vacunar, firme en el espacio pertinente de la columna destinada a los padres/tutor. **Sin su firma, a su niño no le está permitido recibir la vacunación.**

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

He leído la documentación informativa acerca de la vacunación de sarampión y rubeola y comprendo las ventajas y los riesgos (efectos secundarios graves) de las vacunas, así como los programas asistenciales y de indemnización de los que pueden beneficiarse aquellas personas que han sufrido daños causados por la vacunación. Teniendo en cuenta estos factores, doy mi consentimiento para que mi hijo sea vacunado.

**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: \_\_\_\_\_

\* Este formulario debe presentarse cuando se vaya a vacunar a un niño con una edad comprendida entre el primer año de secundaria y último año de secundaria, durante los cinco años comprendidos entre el 2008 y 2012, y cuando el niño no esté acompañado por sus padres/tutor. Asegúrese de que su hijo presente este formulario en caso de que no esté acompañado en el momento de la vacunación.

**Sin su firma, a su niño 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 / / (d/m/a) Edad ( años meses)	

Cuestionario para la vacunación	Respuesta		Comentario del médico
Por favor, responda las siguientes preguntas acerca del niño que se va a vacunar. ¿El niño tenía bajo peso al nacer o se identificó alguna anomalía en el momento del nacimiento, después del parto o 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	
¿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	
En el caso de vacunación a una mujer: ¿Existe la posibilidad de que ella esté embarazada (por ejemplo, ha tenido un retraso menstrual o no ha tenido menstruación el mes pasado)? [Atención] Las mujeres deben evitar el embarazo en los 2 meses posteriores a la vacunación.	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: Verifique si la fecha de caducidad de la vacuna es válida	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 de 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.