

Adult

Patient Name: (Nombre del Paciente:) _____ Date of Birth: (Fecha de nacimiento:) ____/____/____

Health Screening Questionnaire (Cuestionario sobre evaluación de salud)

REV. 03/15

1. Are you sick today? (please explain) YES NO
¿Padece alguna enfermedad al presente? (explique) Sí No

2. Have you had a fever in the last 24 hours? (please explain) YES NO
¿Sufrió fiebre durante las últimas 24 horas? (explique) Sí No

3. Do you have any allergies to medications, vaccines, or foods? (please explain) YES NO
¿Padece alguna alergia a medicamentos, vacunas o alimentos? (explique) Sí No

4. Have you had a serious reaction to a vaccine in the past? (please explain) YES NO
¿Ha experimentado alguna reacción adversa de gravedad a una vacuna en el pasado? (explique) Sí No

5. Are you pregnant or is there a chance you could become pregnant during the next month? YES NO
¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes? Sí No

6. Do you now have or have you had any history of GBS (Guillan-Barre Syndrome)? YES NO
¿Padece actualmente o tiene antecedentes de SBG (Síndrome de Guillan-Barre)? Sí No

Signature: _____ Date: _____ Nurse's Signature: _____ Date: _____
Firma: _____ Fecha: _____ Firma de la enfermera: _____ Fecha: _____