

PROGRAMA DE REGISTRO DE IMMUNIZACION DE LOS NINOS DE INDIANA (CHIRP)

ADMINISTRACION DE VACUNA

REGISTRO DEL PADRE/TUTOR O FIRMA DEL RECIBO

He leído o he recibido explicación de la información en la 'Declaración de información de vacuna' o la 'Declaración de información importante' para la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) marcada(s) abajo. He tenido la oportunidad de preguntar y entender completamente las ventajas y los riesgos de la(s) vacuna(s) marcada(s) abajo. Pido que estas vacunas sean administradas a mí o a la persona nombrada abajo.

- | | | | | | | |
|-------------------------------|---|-----------------------------------|--|------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Td | <input type="checkbox"/> DTaP/IPV | <input type="checkbox"/> DTaP-HiB | <input type="checkbox"/> Influenza .50ml | <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> HEP B | <input type="checkbox"/> PCV 20 |
| <input type="checkbox"/> Tdap | <input type="checkbox"/> DTaP/IPV/Hep B | <input type="checkbox"/> IPV | <input type="checkbox"/> RIV4 | <input type="checkbox"/> MMRV | <input type="checkbox"/> HEP A | <input type="checkbox"/> PCV 15 |
| <input type="checkbox"/> DTaP | <input type="checkbox"/> DTaP/IPV/HiB | <input type="checkbox"/> HiB | <input type="checkbox"/> Flu Mist | <input type="checkbox"/> Varicella | <input type="checkbox"/> HEP A (adult) | <input type="checkbox"/> PCV 13 |
| <input type="checkbox"/> RSV | <input type="checkbox"/> DTaP/IPV/HiB/Hep B | | <input type="checkbox"/> High Dose | <input type="checkbox"/> Zoster | <input type="checkbox"/> COVID -19 | <input type="checkbox"/> PPSV23 |
| | | | <input type="checkbox"/> HPV 9V | <input type="checkbox"/> Rotavirus | <input type="checkbox"/> MCV 4 | <input type="checkbox"/> Men B |

Apellido:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Genero: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Otra	
Fecha de Nacimiento:		Edad:	Estado de nacimiento:		País de Nacimiento:		Hoosier Healthwise #:
Race: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro Americano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo, Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano				Origen Hispano: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido			
Nombre de Medico:				Escuela:			
Apellido del Tutor 1:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Número de Seguro Social del Tutor 1*:	
Apellido del Tutor 2:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Apellido Inagural de madre:	
Dirección postal del adulto responsable: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____							
Dirección postal							
Dirección:			Teléfono de casa:			Teléfono de trabajo:	
Ciudad:		Estado:	Código Postal:		Correo electrónico:		
Idioma, si no es inglés (especifique):				Otro número de teléfono (especifique):			
Uso de la clínica solamente: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Uninsured <input type="checkbox"/> Nat. American or Alaskan							
Funding Source: <input type="checkbox"/> Underinsured – FQHC or RHC Only <input type="checkbox"/> Hoosier HWise Pkg C <input type="checkbox"/> Ineligible <input type="checkbox"/> 317							
Los Números de Seguro Social se pueden usar para identificar al paciente y a los pacientes y son opcionales en este formulario. No hay penalización por no proporcionar los Números de Seguro Social.							

Firma de la persona que recibe la vacuna o de la persona autorizada para dar consentimiento para la(s) vacunación(es).

Firma de Padre/Tutor

Nombre en letra impresa de Padre/Tutor

Fecha

Programa de Registro de
Inmunización para Niños e
Indianos (CHIRP)

Programa de Compensación por
Lesiones por Contramedidas (CICP)



REGISTRO DEL PACIENTE PARA LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Identificación del paciente:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Contraindicación:	
No escribir debajo de esta línea - Solo para uso de la clínica			
Clinic:		Date Vaccinated:	
		Date VIS Provided to Parent/Guardian/Patient:	

VACCINE	DOSE	MANF & LOT#	ROUTE SITE	DATE OF VIS
Td, DTaP, TdaP		GSK SANOFI	IM	08/06/2021
Hep B		GSK MERCK	IM	10/15/2021
IPV		SANOFI	SQ	08/06/2021
MMR		MERCK	SQ	08/06/2021
ACTHIB/PV HIB		SANOFI MERCK	IM	08/06/2021
Varicella		MERCK	SQ	08/06/2021
PCV 13		PFIZER	IM	02/04/2021
MCV 4		SANOFI	IM	08/06/2021
Influenza		GSK SANOFI	IM NASAL	08/06/2021
Hep A		GSK MERCK	IM	10/15/2021
PROQUAD		MERCK	SQ	08/06/2021
PENTACEL/PEDIARIX VAXELIS/KINRIX		MERCK SANOFI GSK	IM	08/06/2021 10/15/2021
ROTATEQ/ROTARIX		MERCK GSK	PO	10/15/2021
BEXSERO/TRUMENBA		GSK PFIZER	IM	08/06/2021
HPV		MERCK	IM	08/06/2021

**COVID
RSV**

MODERNA/PFIZER _____ IM _____
 SANOFI _____ IM _____
 WEIGHT _____ DOSE _____

Signature and Title of Vaccine Administrator

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
mes día año

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos administrar a su hijo hoy. Si responde “sí” a alguna pregunta, no necesariamente significa que no se debe vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, solicítele a su proveedor de atención médica que se la explique.

	sí	no	no sé
1. ¿El niño está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El niño es alérgico a algún medicamento, alimento, componente de vacunas o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El niño ha tenido alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿El niño ha tenido algún problema de salud como enfermedad de pulmonar, cardíaca, renal o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿le ha dicho algún proveedor de atención médica que el niño tuvo sibilancias o asma en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si el niño es un bebé, ¿le han dicho alguna vez que tuvo intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; el niño ha tenido problemas cerebrales o algún otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿El niño o un miembro de su familia tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿En los últimos 3 meses, el niño ha tomado medicamentos que afecten el sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o tuvo tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Durante el año pasado, ¿el niño recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o se le administró inmunoglobulina o gammaglobulina o algún medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿La niña/adolescente está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Se le aplicó alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMA LLENADA POR _____ FECHA _____

FORMA REVISADA POR _____ FECHA _____

¿Trajo su cartilla de vacunación consigo? sí no

Es importante que tenga un registro personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al proveedor de atención médica de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo con usted todas las veces que busque atención médica para su hijo. Su hijo necesitará este documento para ingresar a la guardería o a la escuela, para obtener empleos o para viajar al extranjero.

“Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens”

Saint Paul, Minnesota • 651-647-9009 • www.immunize.org • www.vaccineinformation.org

www.immunize.org/catg.d/p4060-01.pdf • Item #P4060-01 Spanish (9/17)

Information for Healthcare Professionals about the Screening Checklist for Contraindications (Children and Teens)

Are you interested in knowing why we included a certain question on the screening checklist? If so, read the information below. If you want to find out even more, consult the references listed at the end.

1. Is the child sick today? [all vaccines]

There is no evidence that acute illness reduces vaccine efficacy or increases vaccine adverse events.^{1,2} However, as a precaution with moderate or severe acute illness, all vaccines should be delayed until the illness has improved. Mild illnesses (such as otitis media, upper respiratory infections, and diarrhea) are NOT contraindications to vaccination. Do not withhold vaccination if a person is taking antibiotics.

2. Does the child have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex? [all vaccines]

An anaphylactic reaction to latex is a contraindication to vaccines that contain latex as a component or as part of the packaging (e.g., vial stoppers, prefilled syringe plungers, prefilled syringe caps). If a person has anaphylaxis after eating gelatin, do not administer vaccines containing gelatin. A local reaction to a prior vaccine dose or vaccine component, including latex, is not a contraindication to a subsequent dose or vaccine containing that component. For information on vaccines supplied in vials or syringes containing latex, see reference 3; for an extensive list of vaccine components, see reference 4. People with egg allergy of any severity can receive any recommended influenza vaccine (i.e., any IIV or RIV) that is otherwise appropriate for the patient's age. For people with a history of severe allergic reaction to egg involving any symptom other than hives (e.g., angioedema, respiratory distress), or who required epinephrine or another emergency medical intervention, the vaccine should be administered in a medical setting, such as a clinic, health department, or physician office. Vaccine administration should be supervised by a healthcare provider who is able to recognize and manage severe allergic conditions.³

3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past? [all vaccines]

History of anaphylactic reaction (see question 2) to a previous dose of vaccine or vaccine component is a contraindication for subsequent doses.¹ History of encephalopathy within 7 days following DTP/DTaP is a contraindication for further doses of pertussis-containing vaccine. Precautions to DTaP (not Tdap) include the following: (a) seizure within 3 days of a dose, (b) pale or limp episode or collapse within 48 hours of a dose, (c) continuous crying for 3 or more hours within 48 hours of a dose, and (d) fever of 105°F (40°C) within 48 hours of a previous dose. There are other adverse events that might have occurred following vaccination that constitute contraindications or precautions to future doses. Under normal circumstances, vaccines are deferred when a precaution is present. However, situations may arise when the benefit outweighs the risk (e.g., during a community pertussis outbreak).

4. Has the child had a health problem with lung, heart, kidney, or metabolic disease (e.g., diabetes), asthma, or a blood disorder? Is he/she on long-term aspirin therapy? [MMR, MMRV, LAIV]

A history of thrombocytopenia or thrombocytopenic purpura is a precaution to MMR and MMRV vaccines. The safety of live, attenuated influenza vaccine (LAIV) in children and teens with lung, heart, kidney, or metabolic disease (e.g., diabetes), or a blood disorder has not been established. These conditions, including asthma in children ages 5 years and older, should be considered precautions for the use of LAIV. Children on long-term aspirin therapy should not be given LAIV; instead, they should be given IIV.

5. If the child to be vaccinated is 2 through 4 years of age, has a healthcare provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months? [LAIV]

Children ages 2 through 4 years who have had a wheezing episode within the past 12 months should not be given LAIV. Instead, these children should be given IIV.

6. If your child is a baby, have you ever been told that he or she has had intussusception? [Rotavirus]

Infants who have a history of intussusception (i.e., the telescoping of one portion of the intestine into another) should not be given rotavirus vaccine.

7. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had brain or other nervous system problem? [DTaP, Td, Tdap, IIV, LAIV, MMRV]

DTaP and Tdap are contraindicated in children who have a history of encephalopathy within 7 days following DTP/DTaP. An unstable progressive neurologic problem is a precaution to the use of DTaP and Tdap. For children with stable neurologic disorders (including seizures) unrelated to vaccination, or for children with a family history of seizures, vaccinate as usual (exception: children with a personal or family [i.e., parent or sibling] history of seizures generally should not be vaccinated with MMRV; they should receive separate MMR and VAR vaccines). A history of Guillain-Barré syndrome (GBS) is a consideration with the following: 1) Td/Tdap: if GBS has

NOTE: Live attenuated influenza vaccine (LAIV4; FluMist) is not recommended by CDC's Advisory Committee on Immunization Practices for use in the U.S. for the 2017–18 influenza season.

occurred within 6 weeks of a tetanus-containing vaccine and decision is made to continue vaccination, give Tdap instead of Td if no history of prior Tdap; 2) Influenza vaccine (IIV or LAIV): if GBS has occurred within 6 weeks of a prior influenza vaccination, vaccinate with IIV if at high risk for severe influenza complications.

8. Does the child or a family member have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem? [LAIV, MMR, MMRV, RV, VAR]

Live virus vaccines (e.g., MMR, MMRV, varicella, rotavirus, and LAIV) are usually contraindicated in immunocompromised children. However, there are exceptions. For example, MMR is recommended for asymptomatic HIV-infected children who do not have evidence of severe immunosuppression. Likewise, varicella vaccine should be considered for HIV-infected children with age-specific CD4+ T-lymphocyte percentage at 15% or greater, or for children 6–7 years with CD4+ T-lymphocyte counts of greater than or equal to 200 cell/μL. Varicella vaccine may be considered for HIV-infected children with age-specific CD4+ T-lymphocyte percentage of greater than or equal to 200 cells/μL. Varicella and MMR vaccines should not be given to a child or teen with a family history of congenital or hereditary immunodeficiency in first-degree relatives (e.g., parents, siblings) unless the immune competence of the potential vaccine recipient has been clinically substantiated or verified by a laboratory. Immunosuppressed children should not receive LAIV. Infants who have been diagnosed with severe combined immunodeficiency (SCID) should not be given a live virus vaccine, including rotavirus (RV) vaccine. Other forms of immunosuppression are a precaution, not a contraindication, to rotavirus vaccine. For details, consult ACIP recommendations.^{1,6,7,8}

9. In the past 3 months, has the child taken medications that affect the immune system such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs for the treatment of rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or had radiation treatments? [LAIV, MMR, MMRV, VAR]

Live virus vaccines (e.g., LAIV, MMR, MMRV, VAR) should be postponed until after chemotherapy or long-term high-dose steroid therapy has ended. For details and length of time to postpone, consult the ACIP statement.¹ Some immune mediator and immune modulator drugs (especially the antitumor-necrosis factor agents adalimumab, infliximab, and etanercept) may be immunosuppressive. The use of live vaccines should be avoided in persons taking these drugs.¹ To find specific vaccination schedules for stem cell transplant (bone marrow transplant) patients, see reference 9. LAIV, when recommended, can be given only to healthy non-pregnant people ages 2 through 49 years.

10. In the past year, has the child received a transfusion of blood or blood products, or been given immune (gamma) globulin or an antiviral drug? [LAIV, MMR, MMRV, VAR]

Certain live virus vaccines (e.g., LAIV, MMR, MMRV, varicella) may need to be deferred, depending on several variables. Consult the most current ACIP recommendations or the current Red Book for the most current information on intervals between antiviral drugs, immune globulin or blood product administration and live virus vaccines.^{1,2}

11. Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month? [HPV, IPV, LAIV, MMR, MMRV, VAR]

Live virus vaccines (e.g., MMR, MMRV, varicella, LAIV) are contraindicated one month before and during pregnancy because of the theoretical risk of virus transmission to the fetus.^{1,2} Sexually active young women who receive a live virus vaccine should be instructed to practice careful contraception for one month following receipt of the vaccine.^{7,10} On theoretical grounds, inactivated poliovirus vaccine should not be given during pregnancy; however, it may be given if risk of exposure is imminent (e.g., travel to endemic areas) and immediate protection is needed. Inactivated influenza vaccine and Tdap are both recommended during pregnancy. HPV vaccine is not recommended during pregnancy.

12. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks? [LAIV, MMR, MMRV, VAR, yellow fever]

Children who were given either LAIV or an injectable live virus vaccine (e.g., MMR, MMRV, varicella, yellow fever) should wait 28 days before receiving another vaccination of this type. Inactivated vaccines may be given at the same time or at any spacing interval.

REFERENCES

1. CDC. General best practice guidelines for immunization. Best Practices Guidance of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) at www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/downloads/general-recs.pdf.
2. AAP. Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases at www.aapredbook.org.
3. Latex in Vaccine Packaging: www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/latex-table.pdf.
4. Table of Vaccine Components: www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/excipient-table-2.pdf.
5. CDC. Prevention and control of seasonal influenza with vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices – United States, 2017–18 Influenza Season at www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/rr/pdfs/rr6602.pdf.
6. CDC. Measles, mumps, and rubella – vaccine use and strategies for elimination of measles, rubella, and congenital rubella syndrome and control of mumps. *MMWR* 1998; 47 (RR-8).
7. CDC. Prevention of varicella: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR* 2007; 56 (RR-4).
8. Rubin LG, Levin MJ, Ljungman P. 2013 IDSA Clinical practice guideline for vaccination of the immunocompromised host. *Clinical Infectious Diseases* 2014;58(3):e44–100.
9. Tomblin M, Einsele H, et al. Guidelines for preventing infectious complications among hematopoietic stem cell transplant recipients: a global perspective. *Biol Blood Marrow Transplant* 15:1143–1238; 2009 at www.cdc.gov/vaccines/pubs/hemato-cell-transplts.htm.
10. CDC. Notice to readers: Revised ACIP recommendation for avoiding pregnancy after receiving a rubella-containing vaccine. *MMWR* 2001; 50 (49).

Lista de verificación de contraindicaciones de las vacunas para adultos

SU NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____
mes día año

Para pacientes: las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy. Si responde "sí" a alguna pregunta, no significa necesariamente que usted no deba vacunarse. Solo significa que necesitamos hacerle más preguntas. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	sí	no	no sé
1. ¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave después de recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas de salud a largo plazo con enfermedades cardíacas, pulmonares, renales o metabólicas (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, falta del bazo, implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está recibiendo tratamiento con aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene un padre/una madre, hermano o hermana con un problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. En los últimos 6 meses, ¿ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o fármacos contra el cáncer; fármacos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido radioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tenido una convulsión o un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Le han diagnosticado alguna vez una cardiopatía (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-A o SIM-C) después de una infección por el virus del COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Durante el año pasado, ¿ha recibido globulina inmunitaria (gamma), sangre/hemoderivados o un fármaco antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de una inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Está ansioso por ponerse una inyección hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO COMPLETADO POR _____ FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____ FECHA _____

¿Trajo la tarjeta de registro de inmunización? sí no

Es importante tener un registro personal de sus vacunas. Si no tiene un registro personal, pídale a su proveedor de atención médica que le dé uno. Conserve este registro en un lugar seguro y llévalo consigo cada vez que busque atención médica. Asegúrese de que su proveedor de atención médica registre todas sus vacunas.



Information for Healthcare Professionals about the Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Adults

Read the information below for help interpreting answers to the screening checklist. To learn even more, consult the references in Note below.

NOTE: For additional details, see CDC's "Adult Immunization Schedule" (www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html) and *General Best Practice Guidelines for Immunization* sections on "Contraindications and Precautions" (www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html) and "Altered Immunocompetence" (www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/immunocompetence.html). For more details on COVID-19 vaccines, see "Use of COVID-19 Vaccines in the United States: Interim Clinical Considerations" at www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html.

1. Are you sick today? [all vaccines]

There is no evidence that acute illness reduces vaccine efficacy or safety. However, as a precaution, all vaccines should be delayed until moderate or severe acute illness has improved. Mild illnesses with or without fever (e.g., otitis media, "colds," diarrhea) and antibiotic use are not contraindications to routine vaccination.

2. Do you have allergies to medications, food, a vaccine ingredient, or latex? [all vaccines]

Gelatin: If a person has anaphylaxis after eating gelatin, do not give vaccines containing gelatin. **Latex:** An anaphylactic reaction to latex is a contraindication to vaccines with latex as part of the vaccine's packaging (e.g., vial stoppers, prefilled syringe plungers, prefilled syringe caps). For details on latex in vaccine packaging, refer to the package insert (listed at www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/vaccines-licensed-use-united-states). **COVID-19 vaccine:** History of a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) after a previous dose or to a COVID-19 vaccine component is a contraindication to use of the same vaccine type. People may receive the alternative COVID-19 vaccine type (either mRNA or protein subunit) if they have a contraindication or an allergy-related precaution to one COVID-19 vaccine type. Allergy-related precautions include history of 1) diagnosed non-severe allergy to a COVID-19 vaccine component; 2) non-severe, immediate (onset less than 4 hours) allergic reaction after a dose of one COVID-19 vaccine type (see Note). **Not contraindications:** **Eggs:** ACIP and CDC do not consider egg allergy of any severity to be a contraindication or precaution to any egg-based influenza vaccine. **Injection site reaction** (e.g., soreness, redness, delayed-type local-reaction) to a prior dose or vaccine component is not a contraindication to a subsequent dose or vaccine containing that component.

3. Have you ever had a serious reaction after receiving a vaccine? [all vaccines]

- Anaphylaxis to a previous vaccine dose or vaccine component is a contraindication for subsequent doses of the vaccine or vaccine component. (See question 2.)
- Usually, one defers vaccination when a precaution is present unless the benefit outweighs the risk (e.g., during an outbreak).

4. Do you have any of the following: a long-term health problem with heart, lung, kidney, or metabolic disease (e.g., diabetes), asthma, a blood disorder, no spleen, a cochlear implant, or a spinal fluid leak? Are you on long-term aspirin therapy? [MMR, VAR, LAIV]

LAIV is not recommended for people with anatomic or functional asplenia, a cochlear implant, or cerebrospinal fluid (CSF) leak. Underlying health conditions that increase the risk of influenza complications such as heart, lung, kidney, or metabolic disease (e.g., diabetes) and asthma are precautions for LAIV. **MMR:** A history of thrombocytopenia or thrombocytopenic purpura is a precaution to MMR. **VAR:** Aspirin use is a precaution to VAR due to the association of aspirin use, wild type varicella infection, and Reye syndrome in children and adolescents.

5. Do you have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem? [LAIV, MMR, VAR]

Live virus vaccines are usually contraindicated in immunocompromised people, with exceptions. For example, MMR vaccine is recommended and VAR may be considered for adults with CD4+ T-cell counts of greater than or equal to 200 cells/mL. See Note.

6. Do you have a parent, brother, or sister with an immune system problem? [MMR, VAR]

MMR or VAR should not be administered to a patient with congenital or hereditary immunodeficiency in a first-degree relative (e.g., parent, sibling) unless the patient's immune competence has been verified clinically or by a laboratory.

7. In the past 6 months, have you taken medicines that affect your immune system, such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs for the treatment of rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or have you had radiation treatments? [LAIV, MMR, VAR]

Live virus vaccines should be postponed until chemotherapy or long-term high-dose steroid therapy concludes. See Note. Some immune mediator and modulator drugs (especially anti-tumor necrosis factor [TNF] agents) may be immunosuppressive. Avoid live virus vaccines in people taking immunosuppressive drugs. A list of such drugs appears in CDC's Yellow Book at www.wnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/additional-considerations/immunocompromised-travelers.

8. Have you had a seizure or a brain or other nervous system problem? [influenza, Td/Tdap]

Tdap: Tdap is contraindicated in people with a history of encephalopathy within 7 days following DTP/DtAP. An unstable progressive neurologic problem is a precaution to using Tdap. For people with stable neurologic disorders (including seizures) unrelated to vaccination, vaccinate as usual. **A history of Guillain-Barré syndrome (GBS):** 1) **Td/Tdap:** GBS within 6 weeks of a tetanus toxoid-containing vaccine is a precaution; if the decision is made to vaccinate, give Tdap instead of Td; 2) **all influenza vaccines:** GBS within 6 weeks of an influenza vaccine is a precaution; influenza vaccination should generally be avoided unless the benefits outweigh the risks (e.g., for those at high risk for influenza complications).

9. Have you ever been diagnosed with a heart condition (myocarditis or pericarditis) or have you had Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-A or MIS-C) after an infection with the virus that causes COVID-19?

Precautions to COVID-19 vaccination include a history of myocarditis or pericarditis within 3 weeks after a dose of any COVID-19 vaccine or a history of Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-C or MIS-A). Myocarditis or pericarditis within 3 weeks after a dose of any COVID-19 vaccine is a precaution: the patient should generally not receive additional COVID-19 vaccine. A person with a history of myocarditis or pericarditis unrelated to vaccination may receive a COVID-19 vaccine once the condition has completely resolved. A person with a history of MIS-C or MIS-A may be vaccinated if the condition has fully resolved and it has been at least 90 days since diagnosis. Refer to CDC COVID-19 vaccine guidance for additional considerations for myocarditis, pericarditis, and MIS (see Note).

10. In the past year, have you received immune (gamma) globulin, blood/blood products or an antiviral drug? [MMR, VAR, LAIV]

See Note (schedule) for antiviral drug information (VAR, LAIV). See "Timing and Spacing of Immunobiologics" (www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/timing.html#antibody) for intervals between MMR, VAR and certain blood/blood products, or immune globulin.

11. Are you pregnant? [HPV, HepB, IPV, LAIV, MenB, MMR, VAR]

Live virus vaccines (e.g., LAIV, MMR, VAR) are contraindicated in pregnancy due to the theoretical risk of virus transmission to the fetus. People who could become pregnant and receive a live virus vaccine should be instructed to avoid pregnancy for 1 month after vaccination. **IPV and MenB** should not be given except to those with an elevated risk of exposure during pregnancy. **HepB:** HepB and PreHevBrio are not recommended during pregnancy, use Engerix-B or Recombivax-HB. **HPV** is not recommended during pregnancy.

12. Have you received any vaccinations in the past 4 weeks? [LAIV, MMR, VAR, yellow fever]

People given live virus vaccines, such as those listed above, should wait 28 days before receiving another live virus vaccine (wait 30 days for yellow fever vaccine). Inactivated vaccines may be given at the same time or at any spacing interval.

13. Have you ever felt dizzy or faint before, during, or after a shot?

Fainting (syncope) or dizziness is not a contraindication or precaution to vaccination; it may be an anxiety-related response to any injection. CDC recommends vaccine providers consider observing all patients for 15 minutes after vaccination. See Immunize.org's resource on vaccination and syncope at www.immunize.org/catg.d/p4260.pdf.

14. Are you anxious about getting a shot today?

Anxiety can lead to vaccine avoidance. Simple steps can help a patient's anxiety about vaccination. Visit Immunize.org's "Addressing Vaccination Anxiety" clinical resources at www.immunize.org/handouts.

VACCINE ABBREVIATIONS

HepB = Hepatitis B vaccine
HPV = Human papillomavirus vaccine
IIV = Inactivated influenza vaccine
ccIIV = Cell culture inactivated influenza vaccine

IPV = Inactivated poliovirus vaccine
LAIV = Live attenuated influenza vaccine
MenB = Meningococcal B vaccine
MMR = Measles, mumps, and rubella vaccine

RIV = Recombinant influenza vaccine
Td/Tdap = Tetanus, diphtheria, (acellular pertussis) vaccine
VAR = Varicella vaccine

¡Su hijo o hija necesita vacunas a medida que crece!

2024: Vacunas o productos de inmunización recomendados para niños, desde el nacimiento hasta los 6 años

¿Desea saber más?

Escanee este código QR para saber qué vacunas podría necesitar su hijo o hija. O visite: www.2a.cdc.gov/vaccines/childquiz/default-sp.asp



VACUNAS O ANTICUERPOS PREVENTIVOS	NACIMIENTO	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	19 MESES	20-23 MESES	2-3 AÑOS	4-6 AÑOS
Anticuerpos contra el VRS	Depende del estado de vacunación contra el VRS de la madre						Depende del estado de salud del niño							
Vacuna contra la hepatitis B	Dosis 1	Dosis 2			Dosis 3									
Vacuna contra el rotavirus			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3									
Vacuna DTaP			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3				Dosis 4				Dosis 5	
Vacuna contra Hib			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3			Dosis 4						
Vacuna antineumocócica			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3			Dosis 4						
Vacuna antipoliomielítica		Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3								Dosis 4		
Vacuna contra el COVID-19	Al menos 1 dosis de una vacuna contra el COVID-19 actualizada (fórmula 2023-2024)													
Vacuna contra la influenza/gripe	Cada año. Dos dosis para algunos niños													
Vacuna MMR								Dosis 1						Dosis 2
Vacuna contra la varicela								Dosis 1						Dosis 2
Vacuna contra la hepatitis A							2 dosis con un intervalo de 6 meses							

CLAVE

- TODOS los niños se deberían vacunar a esta edad
- ALGUNOS niños deberían recibir esta dosis de la vacuna o anticuerpos preventivos a esta edad

Hable con el proveedor de atención médica de su hijo o hija para obtener más orientación si:

1. Su hijo o hija tiene una condición médica que conlleva mayor riesgo de infecciones.
2. Su hijo o hija va a viajar fuera de los Estados Unidos.
3. A su hijo o hija le falta una vacuna recomendada para su edad.



PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN
 Llame a la línea telefónica gratuita: 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636)
 O visite: www.cdc.gov/vaccines/parents/index-sp.html



¿Contra qué enfermedades protegen estas vacunas?

DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 6 AÑOS

ENFERMEDAD PREVENIBLE CON VACUNAS

VRS (virus respiratorio sincitial)

Infección viral contagiosa de la nariz, la garganta y a veces los pulmones; se propaga a través del aire y el contacto directo

Hepatitis B

Infección viral contagiosa del hígado; se propaga a través del contacto con líquidos corporales infectados, como la sangre o el semen

Rotavirus

Infección viral contagiosa de los intestinos; se propaga a través de la boca por contacto con las manos y los alimentos contaminados con heces

Difteria*

Infección bacteriana contagiosa de la nariz, la garganta y a veces los pulmones; se propaga a través del aire y el contacto directo

Tosferina (*pertussis*)*

Infección bacteriana contagiosa de los pulmones y las vías respiratorias; se propaga a través del aire y el contacto directo

Tétanos (trismo)*

Infección bacteriana del cerebro y los nervios causada por esporas que se encuentran en la tierra y el polvo en todas partes; las esporas ingresan al cuerpo a través de heridas o cortes en la piel

Hib (*Haemophilus influenzae* tipo b)

Infección bacteriana contagiosa de los pulmones, el cerebro y la médula espinal o el torrente sanguíneo; se propaga a través del aire y el contacto directo

Enfermedad neumocócica

Infecciones bacterianas del oído, los senos paranasales (sinusitis), los pulmones o el torrente sanguíneo; se propaga a través del contacto directo con gotitas respiratorias como saliva o mucosidad

Poliomielitis

Infección viral contagiosa de los nervios y el cerebro; se propaga a través de la boca por contacto con las manos, los alimentos o líquidos contaminados con heces, y a través del aire y el contacto directo

COVID-19

Infección viral contagiosa de la nariz, la garganta o los pulmones; podría sentirse como un resfriado o la influenza. Se propaga a través del aire y el contacto directo

Influenza (gripe)

Infección viral contagiosa de la nariz, la garganta y a veces los pulmones; se propaga a través del aire y el contacto directo

Sarampión (rubéola)†

Infección viral contagiosa que causa fiebre alta, tos, ojos enrojecidos, moqueo y sarpullido; se propaga a través del aire y el contacto directo

Paperas†

Infección viral contagiosa que causa fiebre, cansancio, hinchazón de las mejillas y sensibilidad e hinchazón en la mandíbula; se propaga a través del aire y el contacto directo

Rubéola (sarampión alemán)†

Infección viral contagiosa que causa fiebre baja, dolor de garganta y sarpullido; se propaga a través del aire y el contacto directo

Varicela

Infección viral contagiosa que causa fiebre, dolor de cabeza y un sarpullido con ampollas y picazón; se propaga a través del aire y el contacto directo

Hepatitis A

Infección viral contagiosa del hígado; se propaga por alimentos o bebidas contaminados, o por el contacto cercano con una persona infectada

COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD

Infección de los pulmones (neumonía) y vías respiratorias pequeñas de los pulmones; especialmente peligroso para los bebés y niños pequeños

Infección crónica del hígado, insuficiencia hepática, cáncer de hígado, muerte

Diarrea intensa, deshidratación, muerte

Inflamación del músculo cardíaco, insuficiencia cardíaca, coma, parálisis, muerte

Infección de los pulmones (neumonía), muerte; especialmente peligrosa para los bebés

Convulsiones, huesos fracturados, dificultad para respirar, muerte

Depende de la parte del cuerpo infectada, pero puede incluir daño al cerebro, pérdida auditiva, pérdida de un brazo o una pierna, muerte

Depende de la parte del cuerpo infectada, pero puede incluir infección de los pulmones (neumonía), septicemia, infección del revestimiento del cerebro y la médula espinal, muerte

Parálisis, muerte

Infección de los pulmones (neumonía); trombos o coágulos de sangre; daño en el hígado, el corazón o los riñones; COVID-19 persistente, muerte

Infección de los pulmones (neumonía); infecciones de los senos paranasales (sinusitis) y del oído; empeoramiento de condiciones médicas subyacentes del corazón y los pulmones, muerte

Inflamación del cerebro, infección de los pulmones (neumonía), muerte

Inflamación del cerebro, dolor o inflamación en los testículos o los ovarios, sordera, muerte

Muy peligrosa en las personas embarazadas; puede causar aborto espontáneo o muerte fetal, parto prematuro, defectos de nacimiento graves

Llagas infectadas, inflamación del cerebro, infección de los pulmones (neumonía), muerte

Insuficiencia hepática, muerte

*La DTPa protege contra el tétanos, la difteria y la tosferina

†La MMR protege contra el sarampión, las paperas y la rubéola