



Patient Name (Nombre del paciente) \_\_\_\_\_

Date of Birth (Fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Month (mes) / Day (día) / Year (año)

<b>Screening Questionnaire for Child and Teen Immunization</b> <b>Cuestionario de selección para vacunas de niños y adolescentes</b>		
	Yes/Sí	No
1. Is the child sick today? <i>¿Esta el/la niño(a) enfermo(a) hoy?</i>		
2. Does the child have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex? <i>¿El/La niño(a) es alérgico(a) algún medicamento, alimento, o algún componente de las vacunas, o al látex?</i>		
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past? <i>¿Tuvo alguna vez el/la niño(a) alguna reacción seria por una vacuna en el pasado?</i>		
4. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had brain or other nervous system problems? <i>¿El/La niño(a), o uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; ha tenido el/la niño(a) problemas del cerebro u otro problema del sistema nervioso?</i>		
5. Is the teen pregnant? <i>¿Está la adolescente embarazada?</i>		

For Nurse Only (Para el uso de la enfermera solamente)

	Vaccine Type	Site	Dose/Route	VIS Date
<input type="checkbox"/>	GSK/Boostrix	R / L Deltoid	0.5 ml IM	11/18/2008
<input type="checkbox"/>	Sanofi/Adacel	R / L Deltoid	0.5 ml IM	11/18/2008

Given by (name/title): \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

GSK Lot	Exp.
Sanofi Lot	Exp.

Entered into CAIR

**Campaign Collaborative Partners**



California Department  
Of Public Health



Marin County  
Office of Education



Marin County  
School Nurses



Marin Medical  
Reserve Corps



San Rafael Medical  
Center