Departamento del Meta Solución Salud Empresa Social del Estado NIT. 822006595-1	E.S.E. DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 1	CÓDIGO FR - PYP - 02	Página 1 de 1	GOBERNACIÓN DEL META
	ENCUESTA PREVIA PARA REALIZAR VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA	FECHA VIGENCIA 2014 - 01 - 01	DOCUMENTO CONTROLADO		

Pidale al usuario al que va a vacunar que por favor responda las siguientes preguntas antes de proceder a su vacunación.

MUNICIPIO: _____ **IPS:** _____ **AÑO:** _____

FECHA		NOMBRES Y APELLIDOS	¿Tiene alguna enfermedad que le baja las defensas ej. cáncer, leucemia, linfoma, SIDA, diabetes, etc?		¿Utiliza medicamentos que le bajan las defensas, como por ejemplo, Corticoides?		¿Tiene alguna otra enfermedad crónica, como por ej. enfermedad del timo, hígado, corazón, riñón, etc?		¿Tiene problemas de coagulación como purpura trombocitopenica, lesiones hemorrog en piel, (petequias o equimosis?		¿Ha presentado reacciones graves como desmayo, o dificultad X respirar después de consumir huevos de gallina?		¿Ha recibido la vacuna contra el sarampión, rubeola o paperas en el último mes?		¿Esta embarazada o cree estarlo?		Total de respuestas negativas	Total de respuestaspositivas	FIRMAS DE LOS ENCUESTADOS
D	M		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	No.	No.	

Si respondio negativamente todas las preguntas: vacunar.

Si respondio positivamente a 1 o mas preguntas la persona requiere valoración medica antes de vac.

_____

Nombre del vacunador o encuestador