

**Parte A. Cumplimentar en caso de niños incorrectamente vacunados (revisar cartilla de vacunación)**

**Características sociodemográficas del niño**

1. Número de identificación: CIP: .....
2. Fecha de nacimiento del niño (DD/MM/AAAA)...../...../.....
3. Sexo del niño:  
 Hombre       Mujer

**Características del entorno familiar**

4. ¿Quién contesta a la encuesta?:  
 Padre       Madre       Tutor/a
5. Fecha de nacimiento de quien contesta a la encuesta (DD/MM/AAAA): ...../...../.....
6. Sexo de quien contesta a la encuesta:  
 Hombre       Mujer
7. Nivel de estudios del padre o madre (señalar el mayor nivel de formación de los dos):  
 Sin estudios  
 Estudios primarios  
 Estudios secundarios y bachiller  
 Estudios superiores (grado, diplomaturas, licenciaturas, FP superior)
8. Situación laboral de quien contesta a la encuesta:  
 En activo     Desempleado     Trabajo hogar no remunerado     Pensionista     Estudiante
9. Tipo de familia del niño:  
 Nuclear     Monoparental     Extendida     Ensamblada
10. Número de personas que conviven en la misma vivienda: \_\_\_\_\_
11. Número de hijos: \_\_\_\_\_
12. País de origen del niño:  
 Español  
 Extranjero. Especif.: \_\_\_\_\_
13. Zona Básica de Salud:  
 Urbana     Semiurbana     Rural

**Conocimientos de los padres/tutores sobre vacunas**

14. ¿Conoce para qué sirve una vacuna?  
 Sí      Explicación: \_\_\_\_\_  
 No
15. ¿Cree que las vacunas son importantes para la salud de su hijo?  
 Son necesarias     Recomendables pero no necesarias     No son necesarias
16. ¿Conoce los beneficios de vacunarse?:  
 Sí     No    ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_
17. ¿Cree que las vacunas producen efectos negativos?:  
 Sí     No    ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

18. ¿Han sufrido algún hijo o familiar reacciones adversas después de vacunarse?:  
 Sí  No ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_
19. ¿Ha tenido conocimiento de reacciones adversas a vacunas por otros medios?:  
 Medios de comunicación (prensa, televisión, radio)  Internet  Redes sociales  
 Familiares o amigos.  Otros padres.

### Información sobre vacunas

20. ¿Quién le ha proporcionado la información que tiene sobre vacunas?: ( respuesta múltiple)
- Centro de salud  Medios de comunicación (prensa, televisión, radio)  
 Internet  Familiares o amigos  Otros padres
- Si recibe información del Centro de Salud:
- a. ¿Recibe información sobre vacunas por parte del pediatra?  Sí  No  
 De forma oral  Por escrito  Ambas Otras: \_\_\_\_\_
- b. ¿Recibe información sobre vacunas por parte del personal de enfermería?  Sí  No  
 De forma oral  Por escrito  Ambas Otras: \_\_\_\_\_
- c. ¿Cómo considera la información recibida en el centro de salud para decidir la vacunación?  
 Suficiente  Insuficiente  No me sirve para decidir la vacunación
- d. ¿Conoce el calendario vacunal infantil actual de la Junta de Castilla y León?:  
 Sí  No
- Si consulta otras fuentes de información:
- a. ¿Busca información en internet en páginas seguras y fiables de Instituciones Sanitarias o Científicas (ej. Ministerio de Sanidad, Portal de Salud de la JCyL, Asociaciones de Pediatría...):  
 Sí  No ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_
- b. ¿Consulta páginas con contenidos críticos o claramente contrarios a las vacunas?:  
 Sí  No ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_
- c. ¿Utiliza las redes sociales (Facebook/Twitter...) para informarse sobre vacunas?:  
 Sí  No
21. **Estado de Vacunación infantil Familiar.**  
21.1 Número de hijos correctamente vacunados: \_\_\_\_\_  
21.2 Número de hijos incorrectamente vacunados: \_\_\_\_\_
22. **¿Por qué el niño está incorrectamente vacunado?**  
 Rechazo por parte de los padres  Olvido  Problemas salud del niño  
 Otros (p.ej: no registrado en Medora y sí en cartilla en papel): \_\_\_\_\_

**SI LOS PADRES RECHAZAN TODAS O ALGUNA VACUNA DEL CALENDARIO VACUNAL INFANTIL,  
CONTINUAR CON LA PARTE B DEL CUESTIONARIO**

**Parte B. Cumplimentar en caso de niños incorrectamente vacunados cuyos padres rechacen la administración de vacunas del calendario vacunal infantil**

23. En caso de que los padres se nieguen a vacunar al niño de todas las vacunas del calendario infantil, señalar el/los motivo/s:

- No cree en los beneficios de las vacunas.
- No lo considera necesario.
- No protegen al 100%.
- Las enfermedades contra las que protegen las vacunas no son graves.
- Los demás niños están vacunados así que mi hijo está protegido.
- Es mejor que el niño pase la enfermedad y se le trate.
- La lactancia es suficiente para proteger al niño.
- Las vacunas se administran a edad muy temprana.
- Alteran el sistema inmunitario del niño.
- Los intervalos de tiempo entre vacunas son pequeños.
- Miedo a efectos secundarios.
- Reacciones adversas previas importantes a vacunas anteriores.
- Pueden producir enfermedades (autismo, esclerosis múltiple...).
- Miedo a los pinchazos.
- Porque se administran muchas vacunas a la vez.
- Porque contienen conservantes y estabilizantes.
- Porque contienen antibióticos.
- Porque contienen aluminio.
- Porque contienen derivados del mercurio.
- Motivos religiosos.
- Administración preferente de otras vacunas fuera del calendario.
- No cree en los beneficios de las vacunas.
- Es un negocio farmacéutico.
- Falta de accesibilidad al sistema sanitario.
- No contó con la información suficiente por parte del sistema sanitario
- Otros: \_\_\_\_\_

24. En caso que los padres se nieguen a vacunar al niño o completar la pauta de alguna vacuna correspondiente a su edad:

Edad del niño: \_\_\_\_\_

24.1. Hepatitis del recién nacido  Una dosis

Motivo: \_\_\_\_\_

24.2. Hexavalente  Una dosis  Dos dosis  Tres dosis  Ninguna dosis

Motivo: \_\_\_\_\_

24.3. Pentavalente  Una dosis  Dos dosis  Ninguna dosis

Motivo: \_\_\_\_\_

24.4. Meningococo C  Una dosis  Dos dosis  Tres dosis  Ninguna dosis

Motivo: \_\_\_\_\_

24.5. Neumococo  Una dosis  Dos dosis  Tres dosis  Ninguna dosis

Motivo: \_\_\_\_\_

24.6. Triple Vírica  Una dosis  Dos dosis  Ninguna dosis

Motivo: \_\_\_\_\_

24.7. Varicela  Una dosis  Dos dosis  Ninguna dosis

Motivo: \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

**\*\*Haga copia del formulario antes de proceder a su envío\*\***

