

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_

PATIENT ID #: \_\_\_\_\_

**PROGRAMA DE VACUNACION PARA LA NINEZ**

El menor tiene seguro medico o tiene 19 anos de edad o mayor, y no califica para el programa de VFC \_\_\_\_\_

**El menor califica para el prgrama de VFC porque el/ella es de 0-18 anos y:**

A) Esta inscrito en Kids Care \_\_\_\_\_

B) Esta inscrito en AHCCCS \_\_\_\_\_

B) No tiene seguro medico \_\_\_\_\_

D) Es Indio Americano o nativo de Alaska \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**INFORMACION MEDICA PARA INMUNIZACION**

Yes No

- 1. Esta enfermo el menor hoy? \_\_\_\_\_
- 2. Tiene el menor alergias a medicinas, comida, vacunas, o latex? \_\_\_\_\_
- 3. A tenido el menor una seria reaccion alergica a alguna vacuna en el pasado? \_\_\_\_\_
- 4. A tenido el menor un problema de salud con pulmones, corazon, rinones, enfermedad metabolica, (e.g., diabetes), asthma, o trastorno de la sangre? El/ella toma aspirina a largo plazo? \_\_\_\_\_
- 5. Si el menor tiene entre 2-4 anos, le a dicho un doctor que el menor tuvo sibilancias o asthma en los ultimos 12 meses? \_\_\_\_\_
- 6. Si el menor es un bebe, alguna vez le han dicho que el/ella a tenido intususcepción? \_\_\_\_\_
- 7. A tenido el menor, hermano/a, o padre convulsions; a tenido el menor problemas de cerebro o de sistema nervioso? \_\_\_\_\_
- 8. Tiene el menor cancer, leucemia, VIH/SIDA, o cualquier otro tipo de problemas inmunologicos? \_\_\_\_\_
- 9. En los ultimos 3 meses, a tomado el menor medicinas que debilitaron su sistema inmunologico, como cortisona, prednisone, u otros esteroides, o medicinas anticancer, o tratamientos de radiacion? \_\_\_\_\_
- 10. En los ultimos anos, le han hecho al menor transfusion de sangre o productos de sangre, o recibio inmuno (gamma) globulina o medicamento antivirus? \_\_\_\_\_
- 11. Esta la menor/adolescente embarazada o desea embarazarse en el proximo mes? \_\_\_\_\_
- 12. El menor a recibido vacunas en las ultimas 4 semanas? \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA INMUNIZACION**

Td/Tdap \_\_\_\_\_ Dtap \_\_\_\_\_ HIB \_\_\_\_\_ IPV \_\_\_\_\_  
 MMR \_\_\_\_\_ HBV \_\_\_\_\_ HAV \_\_\_\_\_ VZV \_\_\_\_\_ HPV \_\_\_\_\_  
 FLU \_\_\_\_\_ PCV-13 \_\_\_\_\_ PPSV \_\_\_\_\_ Rotavirus \_\_\_\_\_ Meningocócica \_\_\_\_\_

OTRAS (Escribir nombre de vacuna): \_\_\_\_\_

“Me han ofrecido copia(s) de informacion sobre vacunas del CDC y me leyeron, o explicaron informacion sobre las enfermedades y vacunas anotadas arriba. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfaccion. Creo comprender los beneficios y riesgos de las vacunas citadas, y pido la(s) vacuna(s) anotada(s) arriba (incluyendo las vacunas combinadas) que me sean administradas o a la persona nombrada arriba, para quien yo estoy autorizado de hacer esta solicitud.”

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

The information above was reviewed by: \_\_\_\_\_

(Print and Sign Name)

(Date)