

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 programa 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, prednisona, 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 antivirius?   | _____ | _____ |
| 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)