

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)