

DOCUMENTACION DE LAS VACUNAS/FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO

Se me ha ofrecido una copia de la "Declaración sobre la información de las vacuna(s)" marcadas abajo. He leído o se me ha explicado la información en la "Declaración sobre la información de las vacuna(s)". Mis preguntas fueron contestadas a satisfacción y yo pido que las vacuna(s) marcadas abajo sean aplicadas a mi, o a la persona nombrada abajo por quien yo doy autorización. Doy mi consentimiento para incluir la información de mis vacunas y la de las personas nombradas abajo en el Registro de Vacunas de Kansas.

DT DTaP Tdap Td HepA HepB Hib HPV Influenza Meningococcal
 MMR PCV13 PPV23 Polio/IPV Rotavirus Varicella Other _____

_____ Firma de Paciente o de Padre/Guardian

_____ Fecha

Información Del Paciente				
Apellido del paciente:	Nombre del paciente:	Número de teléfono:	Edad:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Etnicidad: Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Caucásico/Mejicano/Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Hawaiian <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Otro/Non-Blanco <input type="checkbox"/> Desconocido		
Médico Primario:	Dirección: Ciudad:	Estado:	Teléfono: Fax:	
Elegibilidad del paciente: <input type="checkbox"/> T19-MED <input type="checkbox"/> No Tiene Seguro <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Insuficientemente Asegurados* <input type="checkbox"/> Insuficientemente Servidos** <input type="checkbox"/> T21-SCHIP <input type="checkbox"/> Enteramente Asegurados				

*Niños con seguro insuficiente: El seguro no cubre las vacunas. Elegibles a través del programa VFC si son vacunados en un FQHC, RHC o departamento de salud del condado.

**Niños sin seguro o sin cobertura médica: No son elegibles para VFC. Sólo pueden ser vacunados con vacunas de KIP (State) necesarias para ingresar a la escuela (K-12) en un departamento de salud del condado si están inscritos en el programa federal escolare gratuito o en el program de almuerzo a precio reducido.

CUESTIONARIO DE ANÁLISIS PARA VACUNACIÓN	
1. ¿Está enferma en este momento o tiene fiebre alta la paciente que va a ser vacunada?	___ sí ___ no
2. ¿Tiene el paciente(a) alergias a medicamentos, comida, componentes de vacunas, o al látex?	___ sí ___ no
3. ¿Ha tenido el paciente(a) algún tipo de reacción seria a las vacunas en el pasado?	___ sí ___ no
4. ¿Ha tenido el paciente(a) problemas de salud de los pulmones, corazón, riñones o enfermedades metabólicas (como diabetes), asma, o enfermedades sanguíneas? ¿Está el paciente(a) en terapias de aspirina a largo plazo?	___ sí ___ no
5. Si el paciente(a) que va a ser vacunado tiene entre 2 a 4 años, ¿el doctor le ha dicho en los últimos 12 meses que el paciente tiene resollados o asma?	___ sí ___ no
6. Si su paciente(a) es un bebé, le han dicho en algún momento que su niño tiene intususcepción (es el deslizamiento de una parte del intestino dentro de otra)	___ sí ___ no
7. ¿Han tenido ataques epilépticos ya sea el paciente(a), un hermano(a), o los padres? ¿Ha tenido el niño(a) problemas en el cerebro o en el sistema nervioso?	___ sí ___ no
8. ¿Tiene el paciente(a) cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema en el sistema inmunológico?	___ sí ___ no
9. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el paciente(a) medicamentos que debiliten su sistema inmunológico tales como cortisona (cortisone), prednisona (prednison), otro tipo de esteroides, medicamentos contra el cáncer, o ha tenido tratamientos de radiación?	___ sí ___ no
10. En el último año, ¿ha recibido el paciente(a) transfusiones de sangre o productos de sangre, o ha recibido gama globulina (trata el sistema inmunológico) o medicina antiviral (para combatir infecciones de virus)?	___ sí ___ no
11. ¿Está el paciente o muchacha embarazada o habría alguna probabilidad que se embarazará en el próximo mes?	___ sí ___ no
12. ¿Ha recibido el paciente(a) alguna vacuna en las últimas cuatro semanas?	___ sí ___ no

NAME _____

AGE _____

DOB _____

PROVIDER INFORMATION

Clinic Site:

Street Address:

State:

Zip Code:

Street Address:

State:

Zip Code:

(Circle the appropriate vaccine, dose, extremity, site, route, and enter the manufacturer, lot #, and expiration date.)

FOR CLINICAL USE ONLY

VACCINE	DOSE	EXT	SITE	ROUTE	VIS DATE	MANUFACTURER LOT #	EXP DATE
DTaP DT Td Tdap	0.5 mL 1 2 3 4 5 6	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
DTaP/IPV	0.5 mL 5th DTaP--4th IPV	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
DTaP/HepB/IPV	0.5 mL 1 2 3	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
DTaP/Hib/IPV	0.5 mL 1 2 3 4	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
DTaP/Hib	0.5 mL 4	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Hep A	0.5 mL 1.0 mL 1 2	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Hep B	0.5 mL 1.0 mL 1 2 3	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Hep B/Hib	0.5 mL 1 2 3	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Hib	0.5 mL 1 2 3 4	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
HPV	0.5 mL 1 2 3	RT LT	Deltoid	IM			
Influenza LAIV4 IIV3 IIV4	0.1mL 0.2mL 0.25mL 0.50mL 1 2	RT LT	Upper Arm Deltoid Vastus Lat	Intradermal Intranasal IM			
MCV4	0.5 mL 1 2	RT LT	Deltoid	IM			
MMR	0.5 mL 1 2	RT LT	Upper Arm Thigh	SC			
MMR-V	0.5 mL 1 2	RT LT	Upper Arm Thigh	SC			
PCV13	0.5 mL 1 2 3 4	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Polio/IPV	0.5 mL 1 2 3 4 5	RT LT	Upper Arm Thigh	IM SC			
PPV23	0.5 mL 1 2	RT LT	Upper Arm Deltoid Vastus Lat	SC IM			
Rotavirus	2.0 mL 1 2 3		By Mouth	Oral			
Varicella	0.5 mL 1 2	RT LT	Upper Arm Thigh	SC			
Other							

Signature and Title of Vaccine Administrator

Date