

Community Health Care

Consentimiento y Cuestionario de Inmunización

Fecha de Nacimiento: _____ Nombre: _____

Masculino Femenino

Nombre del Padre: _____

Vacunas a darse hoy:

- | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pediarix® | <input type="checkbox"/> Pentacel® | <input type="checkbox"/> Rotavirus | <input type="checkbox"/> Hep B | <input type="checkbox"/> DTaP |
| <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> IPV | <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> Varicella | <input type="checkbox"/> ProQuad® |
| <input type="checkbox"/> Hep A | <input type="checkbox"/> PCV13 | <input type="checkbox"/> Meningococcal | <input type="checkbox"/> TdaP | <input type="checkbox"/> HPV |
| <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> PPSV | <input type="checkbox"/> Td | <input type="checkbox"/> Twinrix®/Kinrix® | <input type="checkbox"/> Zostavax®/Shingrix® |

Cuestionario de Investigación de Vacunas			
Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas usted o su hijo puede recibir. Si usted responde "sí" a una pregunta no significa que su hijo no pueda ser vacunado. Solo significa que se le harán más preguntas. Si una pregunta no está clara, por favor pida a su médico que le explique.			
1. ¿Tiene la persona que va a recibir la inmunización fiebre de más de 101° hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
2. ¿Tiene la persona alergias o reacciones severas a algún alimento, vacuna o ingrediente de vacuna (especialmente a los huevos o látex)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
3. ¿Ha tenido la persona algún problema de salud con los pulmones, riñones o enfermedad metabólica (como diabetes), asma, o un trastorno sanguíneo? ¿Está él/ella en terapia de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
4. ¿Ha sufrido convulsiones, problemas del cerebro u otros problemas neurológicos tales como el síndrome de Guillén-Barré?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
5. ¿Tiene cáncer, leucemia, SIDA u otro problema inmunológico o algunas otras enfermedades crónicas incluyendo asma o condiciones que requieren el uso de un inhalador?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
6. ¿Alguien con quien vive o que cuida de la persona tiene problemas del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
7. ¿Ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas? <i>(If yes, please review with nursing staff.)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
8. Solo Mujeres: ¿Existe la posibilidad de un embarazo? <i>(If yes, do not give live virus vaccine.)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

Al firmar abajo, doy mi consentimiento para que se le den estas vacunas a mi hijo/a mí. He recibido una versión escrita de las Declaraciones Informativas sobre Vacunas (VIS). Reconozco que he leído/se me ha explicado la información sobre las enfermedades y las vacunas marcadas anteriormente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción, y entiendo los riesgos y beneficios implicados. Entiendo que esta información de inmunizaciones se puede introducir en una base de datos electrónica que puede ser compartida con otros proveedores.

Para adolescentes: Entiendo que los efectos adversos (malos) son poco comunes, pero si tengo una reacción alérgica, deberán comunicarse con mis padres.

Firma del paciente (14 años de edad o mayor)

Fecha

Firma del padre/tutor (si el paciente es menor de 18 años)

Fecha

Questionnaire and CHILD PROFILE reviewed by: (medical staff)

Staff signature/title

Date

MR # _____

Pediatric Immunization Details

Brand Name	Vaccine Type	Lot #	Exp. Date	Site	Route	Manufacturer	Dose	Diluent Lot #	Diluent Exp. Date
Pediarix	Dtap-Hep B-IPV				IM	GlaxoSmithKline	0.5ml		
Pentacel	Dtap-HIB-IPV				IM	Sanofi Pasteur	0.5ml	Has own diluent	
Engerix-B	Hep B				IM	GlaxoSmithKline	0.5ml		
ActHIB	HIB-PRP-T				IM	Sanofi Pasteur	0.5ml	Has own diluent	
Prevnar13	PCV-13				IM	Pfizer	0.5ml		
Rotateq	Rotavirus				Oral	Merck	2ml		
Havrix	Hep A				IM	GlaxoSmithKline	0.5ml		
I POL	Polio IPV				IM/SQ	Sanofi Pasteur	0.5ml		
MMRII	MMR				SQ	Merck	0.5ml		
Varivax	Varicella				SQ	Merck	0.5ml		
Proquad	MMR Varicella				SQ	Merck	0.5ml		
Daptacel	Dtap				IM	Sanofi Pasteur	0.5ml		
Kinrix	Dtap-IPV				IM	GlaxoSmithKline	0.5ml		
Gardasil 9	HPV				IM	Merck	0.5ml		
Menactra	MCV4P				IM	Sanofi Pasteur	0.5ml		
Adacel	Tdap				IM	Sanofi Pasteur	0.5ml		
Tenivac	Td				IM	Sanofi Pasteur	0.5ml		
	Influenza				IM				

Adult Immunization Details

Pneumovax	PPSV23				IM/SQ	Merck	0.5ml		
Zostavax	Zoster				SQ	Merck	0.5ml		
Prevnar13	PCV-13				IM	Pfizer	0.5ml		
	Influenza				IM		0.5ml		