



# Registro de Administración de Vacunas y Consentimiento de su Información para Viajeros

Viaja a: \_\_\_\_\_  
(Escriba si lo sabe todos los destinos, incluyendo Ciudades y Regiones)

Día que viajara: \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo permanecerá: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

¿Necesita un intérprete?  Sí  No Lenguaje de preferencia: \_\_\_\_\_

¿Necesita intérprete de lenguaje de señas?  Sí  No

Reconozco que he recibido el "aviso de práctica de privacidad" \_\_\_\_\_ (Iniciales)

**Sólo para emergencias:** (Una emergencia puede ser desmayo, accidente o la necesidad de ser llevada a un hospital.)

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**VFC Elegibilidad (Solo para la oficinista):**  
 Not Eligible  No Insurance  Underinsured  Native American or Alaskan Native  NV Medicaid  NV Check-Up

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar las vacunas que se pueden administrar hoy.  
Si no entiende alguna pregunta, pídale a la enfermera que se la explique.

LA PERSONA QUE RECIBIRÁ LA VACUNA:	Sí	No	No Se
1. ¿Está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico al látex, a algún medicamento, alimento o a alguna vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción severa después de recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido algún problema de salud relacionado con los pulmones, el corazón, el riñón, una enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), asma o algún trastorno de la sangre? ¿Recibe un tratamiento a base de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Si su niño tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿durante los últimos 12 meses, le ha indicado un proveedor de servicios de salud que él presenta silbidos o asma ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sido diagnosticado con cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema Inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Está tomando cortisona, prednisona, algún otro esteroide, medicamentos anti-cáncer o tratamientos con rayos X?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o productos derivados de la sangre, o ha recibido un medicamento llamado immune (gama) globulina en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido convulsiones o problemas del cerebro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se ha vacunado o sometido a algún examen cutáneo en las últimas cuatro (4) semanas o le han indicado realizarse un examen cutáneo para detectar tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para niñas/mujeres mayores de 9 años: ¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está tratando de quedar embarazada en los próximos 28 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Le han aconsejado evitar embarazo dentro de los próximos 28 días: Inicial de enfermera _____ / Inicial de cliente _____			

**Consentimiento de su Información:** He leído o se me ha explicado la información contenida en la Declaración(s) de Información de Vacunas acerca de la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s). He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y pido que la(s) vacuna(s) indicada(s) al reverso se me aplique(n) o se le aplique(n) a la persona nombrada arriba por la cual estoy autorizado para hacer esta solicitud.

**FIRME AQUÍ.:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
 Paciente (Mayores de 18 años)  Tutor

Sólo para uso Interno del Personal	Iniciales de la Enfermera	Iniciales del Paciente
1. He revisado en la página de internet de CDC (por sus siglas en ingles) importante información para viajeros y sus destinos.		
2. He revisado los requerimientos y/o recomendaciones de vacunas para viajeros con el paciente y: a) Informé al paciente de los requerimientos y recomendaciones de vacunas para viajeros. b) Informé al paciente de los requerimientos y recomendaciones de las vacunas que requieren seguimiento con su proveedor de salud primario o especialista en medicina para viajeros. c) Informé al paciente de que podían elegir ponerse las vacunas recomendadas para viajeros con su proveedor de salud primario, especialista en medicina para viajeros o Distrito de Salud del Sur de Nevada (SNHD por sus siglas en Ingles).		
3. Informé al paciente que SNHD no provee los siguientes servicios: recetas para malaria, diarrea, enfermedad de la altura, encefalitis Japonesa, vacuna oral de tífus, carta para exención para la fiebre amarilla, otros servicios médicos necesarios o exámenes de sangre para determinar inmunidad. Si necesita algunos de estos servicios el paciente deberá dar seguimiento con su proveedor de salud primario o especialista en medicina para viajeros.		

4. El paciente solicitó las siguientes vacunas \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre Mes Día Año

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA**

Vaccine	Date Given	Dose #	Mfg & Lot #	Site	Route	VIS Date	Administered by (Name/Title)
DTaP				LA RA LT RT	IM	05-17-07	
DT				LA RA LT RT	IM	05-17-07	
Td				LA RA LT RT	IM	04-11-17	
Tdap Adacel Boostrix				LA RA LT RT	IM	02-24-15 02-24-15	
IPV				LA RA LT RT	IM SQ	07-20-16	
HIB Ped Vax Act hib				LA RA LT RT	IM	04-02-15 04-02-15	
MMR				LA RA LT RT	SQ	02-12-18	
Varicella				LA RA LT RT	SQ	02-12-18	
MMRV				LA RA LT RT	SQ	02-12-18	
Hep A				LA RA LT RT	IM	07-20-16	
Hep B				LA RA LT RT	IM	07-20-16	
Hep A-Hep B Twinrix				LA RA LT RT	IM	07-20-16	
Meningococcal Menveo, Menactra MenB				LA RA LT RT LA RA LT RT	IM IM	03-31-16 08-09-16	
PCV13				LA RA LT RT	IM	11-05-15	
DTaP-IPV Kinrix				LA RA LT RT	IM	05-17-07 07-20-16	
DtaP-IPV/HIB Pentacel				LA RA LT RT	IM	05-17-07 07-20-16 04-02-15	
DTaP-IPV-Hep B Pedarix				LA RA LT RT	IM	05-17-07 07-20-16 07-20-16	
Pneumococcal Pneumovax				LA RA LT RT	IM SQ	04-24-15	
Rabies				LA RA LT RT	IM	10-06-09	
Rotavirus Rotateq Rotarix				ORAL	PO	02-23-18	
Flu				LA RA LT RT	IM IN	08-07-15	
Shingles				LA RA LT RT	IM	02-12-18	
HPV Gardasil				LA RA LT RT	IM	12-02-16	
Smallpox				LA RA LT RT	ID		
Typhoid				LA RA	IM	05-29-12	
Yellow Fever				LA RA	SQ	03-30-11	
Newborn Screening							
Multi-Vaccine VIS						11-05-15	

Record # \_\_\_\_\_ Return Date: \_\_\_\_\_ VIS Given \_\_\_\_\_

Clinic Location:  Main  ELV  Hend  Mesquite  Employee Health  Other \_\_\_\_\_

Clerk \_\_\_\_\_ Clinician \_\_\_\_\_

Reviewed by \_\_\_\_\_ RN / LPN      Date: \_\_\_\_\_