



Administración de Vacunas Y Consentimiento de su Información Para Adolescentes

Favor de llenar con tinta azul o negro

Nombre del estudiante _____ Teléfono (____) _____

Masculino Femenino **Apellido** _____ **Nombre** _____
 Fecha de Nacimiento _____ Mes _____ Día _____ Año _____ Edad _____

Dirección _____

Culinary # _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Otro Seguro Dinero / Cheques # _____ (Escrito SNHD)

ID # Detitular de la Tarjeta Principal _____
 Medicaid **Nevada Check-up** Número _____ Tipo: BCBS HPNH

Marque sólo una: Indio Nativo Estadounidense o Nativo de Alaska Tiene seguro médico que no paga por las vacunas
 No tiene seguro médico Tiene seguro médico que paga por las vacunas

¿Tiene usted su médico personal? **Si** Nombre del proveedor: _____ **No**

LA PERSONA QUE RECIBIRÁ LA VACUNA...	Sí	No	No Se
1. ¿Está enfermo/a?	<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/a con cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Está tomando cortisona, prednisone, algún otro esteroide, medicamentos anti-cáncer o tratamientos con rayos X?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o productos derivados de la sangre, o ha recibido un medicamento llamado gamaglobulina 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"/>
Aconsejado para evitar embarazo dentro de los próximos 28 días: Cuide inicial _____ / Inicial de cliente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consentimiento de su Información:
 Estoy dando permiso para que mi niño/a tenga la vacuna de Tdap **requerida por el Estado de Nevada** en este momento
 Si las siguientes vacunas son indicadas mi hijo/hija también puede recibirlas Chickenpox Meningococcal Hep A Hep B

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.

Firma de padre o guardián: _____ Fecha _____

El día de la clínica mande con su niño los documentos y el pago requerido. Entregue los formularios al personal de distrito de salud

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA (PARA USO DEL DISTRITO DE SALUD SOLAMENTE)

Vaccine	Date Given	Dose #	Mfg & Lot #	Site*	Route**	VIS Date	Administered by (Name/Title)
Tdap				LA RA LT RT	IM	1-24-12	
Hep B				LA RA LT RT	IM	2-2-12	
Meningococcal				LA RA LT RT	IM	10/14/11	
Varicella				LA RA LT RT	SQ	3-13-08	
Hep A				LA RA LT RT	IM	10/25/11	

*Site: LA (Left Arm), RA (Right Arm), LT (Left Thigh), RT (Right Thigh) **Route: IM (Intramuscular), SQ (*Subcutaneous)

Web IZ Record # _____ VIS Given _____ School Location: _____

Reviewed by: _____ Clerk RN / LPN Date: _____