



# Registro de Administración de Vacunas y Consentimiento de su Información

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Dirección \_\_\_\_\_  
# Calle Propenso # Ciudad Estado Código Postal

¿Tiene seguro que paga por vacunas?  Si  No  No Sepa

Medicaid  Nevada Check-up Número \_\_\_\_\_  Culinary: SS # \_\_\_\_\_

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

¿Trajo su registro de vacunas o el de su niño hoy?  sí  no

*Es importante que tenga usted un registro personal de sus vacunas. Si usted no tiene una tarjeta de registro, pídale que la enfermera le de una. Traiga la tarjeta cada vez que venga por servicio médico. Asegúrese que el personal de asistencia médica anote todas las vacunas recibidas en la tarjeta. Su hijo necesitará esta tarjeta para entrar en la guardería, el kindergarten, colegio, etc.*

¿Si su hijo/hija es elegible para Medicaid/Nevada Check Up le gustaría un físico gratis de niño(a) sano?  si  no

El siguiente formulario nos ayudará a determinar cuales vacunas le pueden ser aplicadas hoy. Si tiene duda o alguna pregunta, pídale una explicación a la enfermera.

¿LA PERSONA QUE RECIBIRÁ...	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, prednisone, 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"/>

<b>Para niñas/mujeres mayores de 9 años:</b>			
¿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:** *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.*

La firma de:  El cliente (18 años de la edad y más viejo)  Padre  Guardián

FIRME AQUÍ.: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**COMPLETE LA PARTE SUPERIOR DE ATRÁS (NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO)→**

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	5-17-07	
DT				LA RA LT RT	IM	5-17-07	
Td				LA RA LT RT	IM	11-18-08	
Tdap Adacel Boostrix				LA RA LT RT	IM	11-18-08 11-18-08	
IPV				LA RA LT RT	IM SQ	1-1-00	
HIB Ped Vax Act hib				LA RA LT RT	IM	12-16-98 12-16-98	
MMR				LA RA LT RT	SQ	3-13-08	
Varicella				LA RA LT RT	SQ	3-13-08	
MMRV				LA RA LT RT	SQ	1-15-03 1-10-07	
Hep A				LA RA LT RT	IM	10-25-11	
Hep B				LA RA LT RT	IM	7-18-07	
Hep A/Hep B <b>Twinrix</b>				LA RA LT RT	IM	10-25-11 7-18-07	
Meningococcal <b>Menveo</b> <b>Menactra</b> <b>Menomulne</b>				LA RA LT RT	IM SQ	10-14-11 10-14-11 10-14-11	
PCV13				LA RA LT RT	IM	4-16-10	
DTaP/IPV <b>Kinrix</b>				LA RA LT RT	IM	5-17-07 1-1-00	
DtaP/IPV/HIB <b>Pentacel</b>				LA RA LT RT	IM	5-17-07 1-1-00 12-16-98	
DTaP/IPV/Hep B <b>Pediarix</b>				LA RA LT RT	IM	5-17-07 1-1-00 7-18-07	
Pneumococcal <b>Pneumovax</b>				LA RA LT RT	IM SQ	10-6-09	
Rabies				LA RA LT RT	IM	1-12-06	
Rotavirus <b>Rotateq</b> <b>Rotarix</b>				ORAL	PO	12-6-10 12-6-10	
Flu				LA RA LT RT	IM IN		
Shingles <b>Zostavax</b>				LA RA LT RT	SQ	10-6-09	
HPV <b>Gardasil</b> <b>Cervarix</b>				LA RA LT RT	IM	3-30-10 5-3-11	
Smallpox				LA RA LT RT	ID		
Typhoid				LA RA	IM	5-19-04	
Yellow Fever				LA RA	SQ	3-30-11	
Newborn Screening							
Multi-Vaccine VIS						9-18-08	

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

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

Clinic Location:  Main  ELV  NLV  Hend  Mesquite  \_\_\_\_\_

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