



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

Viaja a: \_\_\_\_\_  
(nombre todos los lugares que visitara)

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Número de teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Hombre  Mujer      **Apellido** \_\_\_\_\_ **Nombre** \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
**Mes**      **Día**      **Año**

Dirección \_\_\_\_\_  
**No.**      **Calle**      **Ciudad**      **Estado**      **Código postal**

¿Tiene seguro de salud?  Sí  No      ¿Califica para el Programa de Vacunas para Niños?  Sí  No

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.

<b>LA PERSONA QUE SE VACUNARÁ...</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>
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. ¿Ha tenido alguna reacción grave después de vacunarse?	<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 diagnosticada con cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Toma cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o se ha tomado radiografías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o de productos derivados de ella, o se le administró un medicamento denominado inmunoglobulina el año anterior?	<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 del cliente (Mayores de 18 años): \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

La firma del padre o guardián: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Si el cliente es menor de 18 años)

<b>Sólo Para uso Interno del Personal</b>	<b>Iniciales de la Enfermera</b>	<b>Iniciales del Cliente</b>
1. Avisar a los clientes que quizás puedan necesitar servicios extendidos de los centros de medicina y vacunación para el viajero.		
2. Avisar a los clientes sobre los servicios a los viajeros disponibles en SNHD, comparados con los servicios que ofrecen los centros de medicina y vacunación para los viajeros.		
3. Revisar y/o recomendar las vacunas requeridas para los viajeros <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Se le informe al cliente sobre las vacunas recomendadas, están disponibles en Distrito de Salud</li> <li>b. Se le informe al cliente sobre las vacunas que se recomiendan pueden ser suministradas por su médico o un especialista medicina y vacunación para el viajero</li> <li>c. Se le informe al cliente que ellos pueden decidir ponerse las vacunas con su doctor o con un especialista medicina y vacunación para el viajero, o ponerse las vacunas en el Distrito de Salud y puede ser referido a otra parte para otras recomendaciones.</li> </ul>		
4. Revisar la información de la página de internet de consejos para los viajeros considerando sus destinos		
5. Referir los clientes a los proveedores de salud y/o los centros de medicina y vacunación para los viajeros, para una consulta médica si es indicada o requerida.		
6. Revisar con los clientes si aplicaran costos adicionales, si los servicios recibidos más allá del distrito de salud lo requieren		

**LLENE LA PARTE SUPERIOR AL REVERSO CON SU 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: \_\_\_\_\_