DOCUMENTACIÓN DE LAS VACUNAS/FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO

Se me ha ofrecido una copia de la "Declaración sobre la información de las vacuna(s)" marcadas abajo. He leído o se me ha explicado la información en la "Declaración sobre la información de las vacuna(s)". Mis preguntas fueron contestadas a satisfacción y yo pido que las vacuna(s) marcadas abajo sean aplicadas a mi, o a la persona nombrada abajo por quien yo doy autorización. Doy mi consentimiento para incluir la información de mis vacunas y la de las personas nombradas abajo en el Registro de Vacunas de Kansas.

DT DTaP Tdap Td HepA HepB Hib HPV Influenza Meningococcal

MMR PCV13 PPV23 Polio/IPV Rotavirus Varicella Other _____

_____ _____

Firma de Paciente o de Padre/Guardian Fecha

Información Del Paciente				
Apellido del paciente: **Nombre del paciente:**	**Número de teléfono:**	**Edad:**	**Fecha de nacimeinto:**	
Dirección:	**Ciudad:**	**Condado:**	**Estado:**	**Código postal:**

Etnicidad: Hispano o Latino
___ Si ___ No

___ Masculino ___ Femenino

___ Asiático/Isleño del pacífico
___ Negro o Africano Americano
___ Caucásico/Mejicano/Puertorriqueño
___ Chino
___ Filipino
___ Hawaiian
___ Indio Americano/Nativo
___ Japonés
___ Otro/Non-Blanco
___ Desconocido

Médico Primario:	**Dirección:** **Ciudad:**	**Estado:**	**Teléfono:** **Fax:**

Elegibilidad del paciente: __ T19-MED __No Tiene Seguro __Indio Americano __Insuficientemente Asegurados*
__Insuficientemente Servidos** __ T21-SCHIP __Enteramente Asegurados

*Niños con seguro insuficiente: El seguro no cubre las vacunas. Elegibles a través del programa VFC si son vacunados en un FQHC, RHC o departamento de salud del condado.

**Niños sin seguro o sin cobertura médica: No son elegibles para VFC. Sólo pueden ser vacunados con vacunas de KIP (State) necesarias para ingresar a la escuela (K-12) en un departamento de salud del condado si están inscritos en el programa federal escolare gratuito o en el program de almuerzo a precio reducido.

CUESTIONARIO DE ANÁLISIS PARA VACUNACIÓN	
1. ¿Está enferma en este momento o tiene fiebre alta la paciente que va a ser vacunada?	____sí ____no
2. ¿Tiene el paciente(a) alergias a medicamentos, comida, componentes de vacunas, o al látex?	____sí ____no
3. ¿Ha tenido el paciente(a) algún tipo de reacción seria a las vacunas en el pasado?	____sí ____no
4. ¿Ha tenido el paciente(a) problemas de salud de los pulmones, corazón, riñones o enfermedades metabólicas (como diabetes), asma, o enfermedades sanguíneas? ¿Está el paciente(a) en terapias de aspirina a largo plazo?	____sí ____no
5. Si el paciente(a) que va a ser vacunado tiene entre 2 a 4 años, ¿el doctor le ha dicho en los últimos 12 meses que el paciente tiene resollados o asma?	____sí ____no
6. Si su paciente(a) es un bebé, le han dicho en algún momento que su niño tiene intususcepción (es el deslizamiento de una parte del intestino dentro de otra)	____sí ____no
7. ¿Han tenido ataques epilépticos ya sea el paciente(a), un hermano(a), o los padres? ¿Ha tenido el niño(a) problemas en el cerebro o en el sistema nervioso?	____sí ____no
8. ¿Tiene el paciente(a) cáncer, leucemia, VHI/SIDA o algún otro problema en el sistema inmunológico?	____sí ____no
9. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el paciente(a) medicamentos que debiliten su sistema inmunológico tales como cortisona (cortisone), prednisona (prednison), otro tipo de esteroides, medicamentos contra el cáncer, o ha tenido tratamientos de radiación?	____sí ____no
10. En el último año, ¿ha recibido el paciente(a) transfusiones de sangre o productos de sangre, o ha recibido gama globulina (trata el sistema inmunológico) o medicina antiviral (para combatir infecciones de virus)?	____sí ____no
11. ¿Está el paciente o muchacha embarazada o habría alguna probabilidad que se embarazará en el próximo mes?	____sí ____no
12. ¿Ha recibido el paciente(a) alguna vacuna en las últimas cuatro semanas?	____sí ____no

NAME_____ AGE_____ DOB_____

PROVIDER INFORMATION					
			Clinic Site:		
Street Address:	State:	Zip Code:	Street Address:	State:	Zip Code:

(Circle the appropriate vaccine, dose, extremity, site, route, and enter the manufacturer, lot #, and expiration date.)

FOR CLINICAL USE ONLY

VACCINE	DOSE	EXT	SITE	ROUTE	VIS DATE	MANUFACTURER LOT #	EXP DATE
DTaP DT Td Tdap	0.5 mL 1 2 3 4 5 6	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
DTaP/IPV	0.5 mL 5th DTaP–4th IPV	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
DTaP/HepB/IPV	0.5 mL 1 2 3	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
DTaP/Hib/IPV	0.5 mL 1 2 3 4	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
DTaP/Hib	0.5 mL 4	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Hep A	0.5 mL 1.0 mL 1 2	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Hep B	0.5 mL 1.0 mL 1 2 3	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Hep B/Hib	0.5 mL 1 2 3	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Hib	0.5 mL 1 2 3 4	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
HPV	0.5 mL 1 2 3	RT LT	Deltoid	IM			
Influenza LAIV4 IIV3 IIV4	0.1mL 0.2mL 0.25mL 0.50mL 1 2	RT LT	Upper Arm Deltoid Vastus Lat	Intradermal Intranasal IM			
MCV4	0.5 mL 1 2	RT LT	Deltoid	IM			
MMR	0.5 mL 1 2	RT LT	Upper Arm Thigh	SC			
MMR-V	0.5 mL 1 2	RT LT	Upper Arm Thigh	SC			
PCV13	0.5 mL 1 2 3 4	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Polio/IPV	0.5 mL 1 2 3 4 5	RT LT	Upper Arm Thigh	IM SC			
PPV23	0.5 mL 1 2	RT LT	Upper Arm Deltoid Vastus Lat	SC IM			
Rotavirus	2.0 mL 1 2 3		By Mouth	Oral			
Varicella	0.5 mL 1 2	RT LT	Upper Arm Thigh	SC			
Other							

_____ _____

Signature and Title of Vaccine Administrator Date