

Busy Bee Mobile Health Clinic

↑Apellido del niño
 ↑Primer nombre
 ↑Género M o F
 ↑Raza
 ↑Fecha de nacimiento
 ↑Edad

↑Dirección
 ↑Apt#
 ↑Ciudad Estado
 ↑Codigo postal
 ↑Condado
 ↑Numero de teléfono

↑ Escuela del niño
 ↑ Nombre de Madre o Padre/Guardián (Persona que llena este formulario)

Preguntas de la salud de el estudiante: Pariente/Guardian Por favor marque Si o No despues de cada pregunta.

- | | | | |
|--|----|------------------------|------|
| 1. ¿Esta el niño enfermo hoy? | SI | o | NO |
| 2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex? | SI | o | NO |
| 3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado? | SI | o | NO |
| 4. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los pulmones , del corazón , de los riñones o metabólica (como diabetes) , asma o un trastorno de la sangre ? | SI | o | NO |
| 5. ¿Si el niño es bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo intususcepción ? | SI | o | NO |
| 6. ¿El niño, uno de sus familiares han tenido convulsiones; problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso? | SI | o | NO |
| 7. ¿Tiene el niño cáncer , leucemia , SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico ? | SI | o | NO |
| 8. ¿En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño cortisona , prednisona , otros esteroides o medicamentos contra el cáncer , o le han hecho tratamientos de radiación ? | SI | o | NO |
| 9. ¿Durante el año pasado, ¿le hicieron al niño una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o algún medicamento antiviral ? | SI | o | NO |
| 10. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? | SI | o | NO |
| 11. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas ? | SI | o | NO |
| 12. ¿Su niño ha tenido varicela ? | Si | Mes y Ano _____ | o NO |

Consentimiento:

Recibí o se me ofreció una hoja con **información sobre cada vacuna (VIS)**. He contestado las preguntas de la salud Y mis iniciales abajo dice que mi niño o niña puede recibir las vacunas. Conozco los riesgos de las enfermedades que cada vacuna previene. Conozco los beneficios y riesgos que estas vacunas tienen. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades como son administradas las vacunas. Se que la persona recibiendo la vacuna la tendrá en su cuerpo para prevenir una enfermedad contagiosa. **Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.** Yo eximo de responsabilidad a Care Van® Program and Caring for Children Foundation of Texas, Inc. de cualquier y toda responsabilidad relacionada con ello.

X _____

↑Firma de Padre/Guardián

↑Date _____

↑Parentesco al Nino _____

Screeener's Signature (to verify parent/guardian responses): _____

Marque una:

Medicaid
 No tiene seguro
 Indio Americano o Nativo Alaska
 el seguro no cubre las vacunas
 Está subasegurado: 1) tiene seguro médico comercial (privado), pero la cobertura no incluye las vacunas o 2) el seguro cubre solo algunas vacunas (reúne los requisitos del TVFC solo para las vacunas no cubiertos) o 3) el seguro limita la cobertura de las vacunas a cierto cantidad. Una vez alcanzada esa cantidad de cobertura, se categorizara al niño como subasegurado.

*****Si su hijo tiene un seguro privado o CHIP no mencionado anteriormente, él / ella no es elegible para servicios***.**

Date Vaccine Given Date VIS Given	Padre Iniciales	Vaccine Given	Brand/Type	Lot #	Site Used (Circle Below)	VIS Date	Nurse/Admin Initials
		Rotavirus 6 - 32 wks <i>Do not start after 15 weeks</i>	GSK Merck		LA RA LL RL	2/23/2018	
		Pentacel 6wk - <5y <i>DTAP / IPV / HIB</i>	Sanofi		LA RA LL RL	11/05/2020	
		HIB <5y	Sanofi		LA RA LL RL	4/02/2015	
		PCV-13 <5y	Wyeth		LA RA LL RL	10/30/2019	
		HEP B 0-18y	GSK/Merck		LA RA LL RL	7/20/2016	
		DT 6wk-6y <i>Hx seizures</i>	Sanofi		LA RA LL RL	4/01/2020	
		KINRIX 4-6y <i>5th DTAP AND 4th or 5th IPV</i>	GSK		LA RA LL RL	11/05/2020	
		DTAP 6wk-6y	GSK Sanofi		LA RA LL RL	4/01/2020	
		IPV (Polio) 6wk-18y	Sanofi		LA RA LL RL	07/20/2016	
		MMR 1-18y	Merck		LA RA LL RL	2/12/2018	
		MMRV 4-12y (2 nd dose only)	Merck		LA RA LL RL	2/12/2018	
		Varicella 1-18y	Merck		LA RA LL RL	8/15/2019	
		HEP A 1-18y	GSK/Merck		LA RA LL RL	7/28/2020	
		Td 7-9y <i>or Hx of Seizures</i>	Sanofi		LA RA LL RL	4/11/2017	
		Tdap 10-18y	GSK/Sanofi		LA RA LL RL	2/24/2015	
		HPV 9-18y	Gardasil-9		LA RA LL RL	3/31/2016	
		MCV4 1 dose before age 16 <i>and booster dose after 16</i>	Menactra Menveo		LA RA LL RL	08/24/2018	
		Flu - PEDI ONLY <i>>6 months thru 35 months</i>			LA RA LL RL	8/15/2019	
		Flu - 3 years and up			LA RA LL RL	8/15/2019	

Vaccine Administrator's Signature: _____

Form: HGI-0620

