

FORMULARIO DE DOCUMENTACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA VACUNAS

Me han brindado una copia de la(s) Declaración(es) de Información sobre las Vacunas (VIS) que se indican a continuación. He leído, se me ha explicado, y comprendo el contenido de la información en la(s) declaración(es) VIS. Solicito que la(s) vacuna(s) indicada(s) a continuación sean aplicada(s) a mí, o a la persona nombrada abajo de quien tengo la autorización para hacer esta solicitud. A nombre mío o de la persona mencionada abajo, doy mi consentimiento para la inclusión de estos datos de inmunización en el Registro de Vacunación del Estado de Washington.

DTaP Flu Hep B HPV Meningococcal MMR Polio Tdap Varicella

Firma del Paciente o del Padre/Madre o Tutor

Fecha

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellidos del paciente:	Primer nombre del paciente:	Número de teléfono:	Edad:	Fecha de nacimiento:
Dirección de domicilio:		Ciudad:	Estado:	Código postal (ZIP):
Médico de cabecera o clínica, y dirección <i>(Opcional)</i>	Distrito escolar:	Estado: Código postal:	Teléfono: Fax:	
ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE, SI ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD				
<input type="checkbox"/> Native American/Alaska Native (Nativo americano / Nativo de Alaska)	<input type="checkbox"/> Underinsured * (Insuficientemente asegurado)	<input type="checkbox"/> Medicaid (Seguro de "Medicaid")	<input type="checkbox"/> Fully Insured (Completamente asegurado)	

* Underinsured children: insurance does not cover immunizations.
(*Para niños con seguro de salud insuficiente: el seguro no cubre las inmunizaciones.)

PREGUNTAS DE SELECCIÓN		
1. ¿El paciente que se presenta para la vacunación está actualmente enfermo o tiene fiebre alta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿El paciente tiene alergias a medicamentos, alimentos, algún componente de las vacunas, o el látex?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿El paciente ha tenido alguna reacción grave a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿El paciente ha tenido un problema de salud con enfermedades pulmonares, cardíacas, renales o metabólicas (por ejemplo, diabetes), asma, o un trastorno sanguíneo? ¿Está en terapia con aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿El paciente, un hermano o un padre ha tenido una convulsión? ¿El niño ha tenido problemas cerebrales u otros problemas del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿El paciente tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. En los últimos 3 meses, ¿el paciente ha tomado medicamentos que debilitan su sistema inmunológico, como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o ha recibido tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. En el último año, ¿el paciente ha recibido una transfusión de sangre o productos derivados de la sangre, o se le ha dado inmunoglobulina (gammaglobulina) o un medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿La paciente está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿El paciente ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No