

# Formulario de registro de vacunación

Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si existen motivos por los que no deberíamos administrarle (o administrar a su hijo) una vacuna. Responder "sí" a cualquiera de las preguntas no necesariamente significa que usted (o su hijo) no deberían vacunarse. Simplemente significa que deben hacerse preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pida a su proveedor de atención médica que lo ayude a explicarla.

## Información para el paciente

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Primer nombre</b>	<b>Apellido</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Sufijo (opcional)</b>	<b>Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)</b>	<b>Edad</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Nombre del padre/madre o tutor</b>		
<input type="text"/>		

## Información de contacto

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Dirección particular</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Código postal</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Número de teléfono celular</b>	<b>Dirección de correo electrónico</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## Género

Femenino  Masculino  No binario  Prefiero no decir.

## Origen Hispano, Latino o Español

Argentino  Colombiano  Costarricense  Cubano  Hondureño  Guatemalteco  
 Origen Hispano, Latino o Español  Mexicano, Mexicano Americano, Chicano  Nicaragüense  Panameño  Peruano  Puertorriqueño  
 Salvadoreño  Otro país de Sudamérica  Otro  Prefiero no decir.  No es de origen Hispano, Latino o Español

## Raza/nacionalidad (marque todas las que correspondan)

Indígena Americano  Indoasiático  Bangladés  Negro o Afroamericano  Camboyano  Chino  
 Fidjiano  Filipino  Guamanian  Hmong  Indonesio  Japonés  
 Coreano  Laosiano  Malayo  Pakistani  Samoano  Esrilanqués  
 Taiwanés  Tailandés  Tonganox  Vietnamita  Blanco  Otro

**Vacunas solicitadas** (marque todo lo que corresponda)

Marque todas las casillas de las vacunas que usted o su hijo tienen la intención de recibir.

- |                                      |  |                                     |                                       |   |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Varicela    | <input type="checkbox"/> COVID-19      | <input type="checkbox"/> DTaP       | <input type="checkbox"/> Gripe        | <input type="checkbox"/> Hepatitis A          |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> VPH           | <input type="checkbox"/> Men B+ACWY | <input type="checkbox"/> Meningitis B | <input type="checkbox"/> Meningocócica (ACWY) |
| <input type="checkbox"/> MMR         | <input type="checkbox"/> Mpox (vacuna) | <input type="checkbox"/> Polio      | <input type="checkbox"/> Tdap         |   |

**Preguntas médicas de evaluación**

Complete todas las siguientes preguntas de evaluación.

Preguntas de evaluación	Sí/No
¿Tiene el paciente alergias a medicamentos, gelatina, levadura, un componente de la vacuna o látex?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez el paciente ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el paciente un problema grave en el sistema inmunitario, como cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o está tomando algún medicamento que pueda afectar el sistema inmunitario, como prednisona, esteroides, tratamientos contra el cáncer o medicamentos para tratar enfermedades autoinmunes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el paciente convulsiones no controladas o una afección neurológica que empeora progresivamente, o antecedentes de reacción de tipo articular después de una dosis de DTaP o Tdap?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tuvo el paciente alguna vez síndrome de Guillain-Barré (GBS)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez se le ha diagnosticado al paciente una afección cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección con el virus que causa COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En el último año, ¿ha recibido el paciente inmunoglobulina (gamma), sangre/hemoderivados o un medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está el paciente en terapia con aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está la paciente embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido el paciente alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el paciente entre 2 y 4 años de edad y un proveedor de atención médica le ha diagnosticado sibilancias o asma en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el paciente un problema de salud a largo plazo con enfermedades cardíacas, pulmonares, renales o metabólicas (p. ej., diabetes), asma, un trastorno sanguíneo, falta de bazo, un implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha sido tratado el paciente con un medicamento antiviral en las últimas 2-3 semanas (p. ej., oseltamivir, zanamivir, peramivir o baloxavir)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Seguro médico

---

¿Tiene seguro médico?  Sí  No

En caso afirmativo,

---

Proveedor del seguro

---

Nombre completo del asegurador principal

---

Relación con el asegurador principal

---

Número de póliza

### Doy fe de lo siguiente:

Deben marcarse todos los casilleros para que se vacune al paciente:

- He leído y comprendo las Hojas Informativas sobre Vacunas de la(s) vacuna(s) solicitada(s) y entiendo los riesgos y beneficios. (VIS: <https://www.immunize.org/vaccines/vis/about-vis/>)
- Certifico, según mi conocimiento, que la información que se presenta en esta solicitud es verdadera y precisa. Entiendo que todas las vacunas serán reportadas a los Registros de Inmunización de California (CAIR2 o RIDE). My Turn pondrá la información sobre la vacunación del paciente en CAIR2 según lo exige el Código de Salud y Seguridad de California 120440. Los proveedores de atención médica con licencia y los departamentos de salud pública pueden acceder a esta información.
- CAIR2: <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/CAIR/Pages/CAIR-updates-about.aspx>
  - RIDE: <https://www.myhealthyfutures.org>

---

Firma del padre o tutor

---

Fecha de la firma

## Formularios de consentimiento para menores

---

### Consentimiento del menor

Declaro que soy (debe marcar una opción):

- El padre o la madre del paciente menor de edad.
- El tutor legal del paciente menor de edad mencionado.
- Un menor emancipado de, al menos, 16 años de edad.
- Una persona autorizada para tomar decisiones de atención médica en nombre del paciente menor de edad.  
Describe la relación legal aquí: \_\_\_\_\_

### Doy fe de lo siguiente:

Deben marcarse todos los casilleros para que se vacune al menor:

- DOY MI CONSENTIMIENTO para que el paciente menor de edad reciba las vacunas. [Si NO da su consentimiento, no complete este formulario].
- Comprendo que, si doy mi consentimiento voluntario, el paciente menor de edad puede recibir las vacunas con o sin la presencia física del padre, de la madre o de un tutor en la cita de vacunación.
- Doy mi consentimiento y autorizo todo tratamiento que sea médicamente necesario en el caso excepcional de que el paciente menor de edad tenga una reacción a las vacunas.

### Información del padre/tutor

---

**Escriba su nombre completo**

---

**Dirección de correo electrónico (opcional)**

---

**Número de teléfono celular**

---

**Dirección** (número de calle y nombre, ciudad, estado, código postal)

Al firmar y escribir la fecha de hoy en los casilleros a continuación, doy mi consentimiento para que el paciente menor de edad reciba las vacunas solicitadas y certifico que (1) estoy autorizado a dar este consentimiento y que (2) toda la información que he proporcionado en este formulario es cierta y correcta según mi conocimiento:

---

**Firma del padre o tutor**

---

**Fecha de la firma**

**PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE**

Por favor, introduzca su nombre, fecha, clínica y firma a continuación. Luego, introduzca la información de cada vacuna administrada.

_____ <b>Nombre</b>		_____ <b>Firma</b>	
_____ <b>Fecha</b>	_____ <b>Hora</b>	_____ <b>Clínica</b>	

_____ <b>Producto</b>	_____ <b>N.º de dosis</b>	_____ <b>Dosis (ML)</b>	_____ <b>Nombre del activo</b>	
<b>Injection site:</b>	Brazo derecho (BD)	Brazo izquierdo (BI)	Pierna derecha	Pierna izquierda
<b>Via:</b>	Intramuscular	Subcutánea	Nasal	

_____ <b>Producto</b>	_____ <b>N.º de dosis</b>	_____ <b>Dosis (ML)</b>	_____ <b>Nombre del activo</b>	
<b>Injection site:</b>	Brazo derecho (BD)	Brazo izquierdo (BI)	Pierna derecha	Pierna izquierda
<b>Via:</b>	Intramuscular	Subcutánea	Nasal	

_____ <b>Producto</b>	_____ <b>N.º de dosis</b>	_____ <b>Dosis (ML)</b>	_____ <b>Nombre del activo</b>	
<b>Injection site:</b>	Brazo derecho (BD)	Brazo izquierdo (BI)	Pierna derecha	Pierna izquierda
<b>Via:</b>	Intramuscular	Subcutánea	Nasal	