

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

Información de contacto

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección particular	Ciudad	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Número de teléfono celular	Dirección de correo electrónico	
<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"/> Ántrax | <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"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Hib | <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"/> Mpx (vacuna) |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Rotavirus | <input type="checkbox"/> RSV | <input type="checkbox"/> Tdap |
| <input type="checkbox"/> Viruela | | | | |

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
¿Ha tenido el bebé/paciente un episodio previo de un tipo de obstrucción intestinal llamada invaginación intestinal?	<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.

_____ Nombre		_____ Firma	
_____ Fecha	_____ Hora	_____ Clínica	

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

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

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