

DOCUMENTACION 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 PCV7/13 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 nacimiento:
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: ___ Medicaid ___ No Tiene Seguro ___ Indio Americano ___ Insuficientemente Asegurados*^ ___ Insuficientemente Servidos**^ ___ HealthWave ___ Enteramente Asegurados				

*Niños insuficientemente asegurados: El seguro no incluye inmunizaciones, son elegibles por el programa VFC si son vacunados en un FQHC o RHC.

**Niños insuficientemente servidos: Niños tienen seguro de co-pagar o deducible bastante alto que provee una barrera para obtener inmunizaciones.

^Niños insuficientemente servidos y asegurados son elegibles por un programa de vacuna con fondos estatales si son vacunados en una clínica pública del condado.

CUESTIONARIO DE VACUNAS	
1. Está el paciente enfermo o tiene fiebre ahora?	___ si ___ no
2. El paciente que va ser vacunado ha sufrido una reacción seria con vacunas en el pasado?	___ si ___ no
3. La persona que va ser vacunada tiene alguna alergia que producen serias reacciones?	___ si ___ no
4. El paciente sufre de convulsiones o desorden neurológica?	___ si ___ no
5. El paciente tiene problemas de salud por lo cual no puede rechazar infección?	___ si ___ no
6. El paciente está alrededor de otros que no puedan rechazar infección?	___ si ___ no
7. El paciente toma esteroides, medicinas contra el cáncer o ha terminado un tratamiento de rayos-x?	___ si ___ no
8. El paciente ha recibido sangre, plasma o gamma globulina en los últimos 12 meses?	___ si ___ no
9. Está la paciente embarazada o está planificando embarazo entre 3 meses?	___ si ___ no

NAME _____

AGE _____

DOB _____

PROVIDER INFORMATION

Vaccine Provider:			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	1 2 3 4 5 6	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
DTaP/IPV	1 2 3	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
DTaP/HepB/IPV	1 2 3	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
DTaP/Hib/IPV	1 2 3	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
DTaP/Hib	4	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Hep A	1 2 3	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Hep B	1 2 3	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Hep B/Hib	1 2 3	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Hib	1 2 3 4	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
HPV	1 2 3	RT LT	Deltoid	IM			
Influenza	1 2	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
MCV4	1	RT LT	Deltoid	IM			
MMR	1 2	RT LT	Upper Arm Thigh	SQ			
MMR-V	1 2	RT LT	Upper Arm Thigh	SQ			
PCV7/13	1 2 3 4	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Polio/IPV	1 2 3 4	RT LT	Upper Arm Thigh	SQ			
PPV23	1 2	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Rotavirus	1 2 3		By Mouth	Oral			
Varicella	1 2	RT LT	Upper Arm Thigh	SQ			
Other							

Signature and Title of Vaccine Administrator_____
Date