



FORMA DE REGISTRO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA: _____ SEGURO SOCIAL: _____

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono del hogar: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL

Nombre del padre: Apellido _____ Nombre de pila: _____ MI: _____

Fecha de nacimiento _____

Teléfono celular: _____ Teléfono del hogar: _____ SEGURO SOCIAL: _____

Relación con el paciente: Padre Guardián legal otro

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO:

Nombre del seguro primario: _____ No. de teléfono: _____

Nombre del suscriptor: APELLIDO: _____ Nombre: _____ MI: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Seguro Social del suscriptor: _____ Parentesco o

relación con el paciente: Padre o madre Tutor legal Otro: _____ Identificación de póliza/No. de

miembro: _____ No. de grupo: _____ Copago: _____

Dirección para reclamaciones: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

POR FAVOR, MARQUE LAS VACUNAS QUE AUTORIZA QUE RECIBA EL ESTUDIANTE

SECUNDARIA	
<input type="checkbox"/> Antimenigococia (Necesaria)	<input type="checkbox"/> Tdap (Necesaria)
<input type="checkbox"/> Virus del Papilloma (Prevección de cáncer/ Recomendada)	<input type="checkbox"/> Contra la Influenza (Recomendada)
ESTUDIANTES DE ÚLTIMO AÑO EN LA PREPARATORIA	
<input type="checkbox"/> Antimenigococia (MCV) (Necesaria)	<input type="checkbox"/> Contra la Influenza (Recomendada)
<input type="checkbox"/> Virus del Papilloma (Prevección de cáncer/ Recomendada)	
<input type="checkbox"/> Antimenigococia B (Recomendada/necesaria para la mayoría de colegios/ universidades.)	
Firma de Padre/Tutor legal _____	Fecha en que se complete formulario: _____

Nombre de pacient _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____
No. de expediente médico _____
VN: _____



Formulario de Consentimiento para Vacunación

Al Paciente: Tiene el derecho de ser informado de 1) su condición, 2) el tratamiento medico recomendado, y 3) los riesgos relacionados con este vacuna. El propósito de darle esta información es para que pueda decidir si da su consentimiento para este vacuna. Favor de preguntar a la persona que administra la vacunación si tiene otras preguntas antes de firmar este formulario.

Sexo: Femenino Masculino

Nombre de la vacuna:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Varicela o viruela loca | <input type="checkbox"/> Pediarix® (DTaP-HepB-IPV) |
| <input type="checkbox"/> Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP) | <input type="checkbox"/> Pentacel® (DTaP-Hib-IPV) |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae tipo B conjugada (Hib) | <input type="checkbox"/> Neumocócica conjugada/PCV13/Prevnar® |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A (Hep A) | <input type="checkbox"/> Neumocócica polisacárida/PPSV/Pneumovax® |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B (Hep B) | <input type="checkbox"/> Polio (IPV) |
| <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina de hepatitis B (IG) | <input type="checkbox"/> Rabia |
| <input type="checkbox"/> Virus del papiloma humano (HPV9) | <input type="checkbox"/> Rotavirus |
| <input type="checkbox"/> Vacuna antigripal (virus inactivado) | <input type="checkbox"/> Culebrilla/herpes zóster |
| <input type="checkbox"/> Kinrix® (DTaP-IPV) | <input type="checkbox"/> Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap) |
| <input type="checkbox"/> Quadracel® (DTaP-IPV) | <input type="checkbox"/> Tétanos, difteria (Td) |
| <input type="checkbox"/> Meningocócica (MCV4) | <input type="checkbox"/> Covid (1ra dosis) |
| <input type="checkbox"/> Bexsero® (meningocócica tipo B) | <input type="checkbox"/> Covid (2da dosis) |
| <input type="checkbox"/> Trumenba® (meningocócica tipo B) | <input type="checkbox"/> Covid (3ra dosis) |
| <input type="checkbox"/> Sarampión, paperas, rubéola y varicela (MMRV) | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sarampión, paperas, rubéola (MMR) | |

Se completó el cuestionario de evaluación: Sí No

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

Reconozco que he leído y entiendo completamente este documento en su totalidad:

- Doy mi consentimiento para que la persona indicada más arriba reciba las vacunas indicadas y declaro que dicha persona permitirá que le apliquen una vacuna para que su organismo pueda prevenir enfermedades infecciosas.
- Recibí o me ofrecieron una copia de la Declaración Informativa sobre Vacunas para estas vacunas.
- Conozco los riesgos y los beneficios de la vacuna.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades, la vacuna y cómo se administran las vacunas.
- Soy una persona adulta que puede dar su consentimiento legal para que la persona mencionada anteriormente reciba las vacunas. Doy libre y voluntariamente mi permiso firmado para aplicar esta vacuna.
- Doy mi consentimiento para que esta vacuna se registre en las bases de datos de vacunas en línea de toda la Ciudad y de todo el Estado y que este registro pueda compartirse con otros proveedores de atención médica, escuelas o centros que ofrecen cuidado infantil.

Firma del paciente/padre o madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Parentesco o relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Firma y cargo de quien aplicó las vacunas/EID#: _____

Firma del testigo (opcional): _____ Fecha: _____

¿Se usó un intérprete? Sí No

¿Se obtuvo el consentimiento por teléfono? Sí No

¿El paciente dio su consentimiento verbal por no poder firmar físicamente? Sí No

Si corresponde, nombre y número de identificación del intérprete: _____ Idioma: _____



Nombre de Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
MRN: _____ VN: _____



Cuestionario de Vaccunas para Niños

1. ¿Esta su niño(a) enfermo(a) hoy? Si No
Si es si – explique? _____

2. ¿Tiene su niño(a) alergias a medicinas, comida ó vacunas? Si No
Si es si – explique?: _____

3. ¿Antes, su niño(a) a tenido reacción grave a la(s) vacuna(s)? Si No
Si es si –explique?: _____

4. ¿Tiene su niño(a) probelemas prolongado con su salud (ejemplo: Asma, diabetes, disorden de sangrando, convulsiones ó otros desordenes de la sistema nervioso)? Si No
Si es si – explique: _____

5. ¿Si su niño(a) tiene entre 2 y 4 anos de edad, le han dicho un proveedor de salud que su niño(a) tenido sibilancias o que tiene Asma?
 Si No
Si es si – explique? _____

6. ¿Tiene su niño(a) cancer, leucemia, SIDA ó otras desordenes autoinmunes ó esta tomando medicina como Cortisone, Prednisona, medicinas Anticancer ó tratamientos de rayos-X? Si No
Si si, explique: _____

7. ¿Su niño(a) recibe tranfuccion de sangre ó productos de sangre ó de globulina immune en el año pasado? Si No
Si si, explique: _____

8. ¿Su niño(a) a recibido vacunas entre 4 semanas? Si No
Si es si – qual vacunas?: _____

9. Para Mujeres: ¿ Esta emabrazada su hija? Que es el dia de su ultima regla?: Nunca Dia: _____

10. ¿Antes su nino a tenido la enfermedad la varicela? Si No
Si es si, que año? _____ (si su niño a tenido la varicela no necesita la vacuna varicela.)

11. ¿Que es su farmacia preferida y locacion? _____



