

Registro Anticipado de Vacunacion

Lista de control Stick 'EM 2017

_____ **Llene completamente la forma demografica (pg1)**

_____ **Llene el cuestionario de seleccion para
vacunacion (pg 2)**

_____ **Presente copia de la cartilla de vacunacion**

_____ **Devolver el paquete completado a su enfermera de la
Escuela O:**

**Mohave County Health Department
2001 College Dr. Suite 115
Lake Havasu City, AZ
Fax: 928-453-0740**

DEBE COMPLETAR HASTA EL 10 DE JULIO

Que traer con usted en el dia de inmunizaciones:

- ❖ Tarjeta de seguro o AHCCCS si corresponde**
- ❖ Cartilla de Vacunacion**
- ❖ Padre or guardian**

Para preguntas llame 928-453-0703 extension # 3026

Cuestionario de seleccion para vavunacion de ninos y adolescnetes

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudaran a determinar cuales vacunas de pondremos dar hoy a su hijo. Si contesta "si" a alguna pregunta, es no siempre quiere decir que no deben vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle mas preguntas. Si alguna pregunta no esta clara, pida a su professional de la salud que se la explique.

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

		Si	No	No Sabe
1.	Esta enfermo hoy el nino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Es alergico el nino a algun medicamento, alimento o vacuno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Tuvo alguna vez el nino alguna reaccion seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ha tenido el nino algun problema de salud como asma, enfermedad de los pulmones, enfermedad del Corazon, enfermedad de los rinones, enfermedad metabolica (como diabetes) o un trastomo de la sangre? Is he/she on long-term aspirin therapy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	si el nino que va a ser vacunado tiene entre 2 Y 4 anos de edad, le dijo algun professional de la salud en los ultimos 12 meses que el nino tuvo sibilancias o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Si el nino es bebe, le dijeron alguna vez que tuvo intususcepcion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	El nino, uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsions; ha tenido el nino problemas del cerebro o algun otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Tiene el nino cancer, leucermia, SIDA o algun otro problema del cerebro o del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño medicamento que debiliten su sistema inmunológico, tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Durante el ano pasado, le hicieron al nino una transfusion de sangre o de productos de la sangre, o le dieron un medicamento llamado immunoglobulina o gamaglobulina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Esta la nina/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el proximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Le aplicaron alguna vacuna al nino en las ultimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	La persona que va recibir las vacunas tiene historia de desmayarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Esta tomando medicaciones la persona que va recibir las vacunas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ha tenido este nino la varicela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Trajo el comprobante de vacunacion de su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario llenado por:: _____ Fecha: _____

Firma de enfermera: _____ Fecha: _____

Es importante que tenga un comprobante de vacunacion personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pidale al professional de la salud de su hijo que le de uno con todas las vacunas que le aplicaron a su hijo. Conservelo en un lugar seguro y llevalo todas las veces que su hijo reciba atencion medica. Su hijo necesitara este documento importante por el resto de su vida para ingresar a la guarderia o la escuela, para empleos o para viajar al extranjero.

Technical content reviewed by the Centers for Disease Control and Prevention, February 2012
Content from: www.immunize.org/catg.d/p4060.pdf • Item #P4060 (2/12)

Immunization Action Coalition • 1573 Selby Ave. • St. Paul, MN 55104 • www.immunize.org • www.vaccineinformation.org

MOHAVE COUNTY DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

NOMBRE DEL NIÑO(A):		INICIAL:	APELLIDO:	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
DIRECCION DE CORREO:			APT #:	HOMBRE	MUJER
CIUDAD:			CODIGO POSTAL:	TELEFONO:	Aviso de Texto? Y / N
NOMBRE DE GUARDIAN:			RELACIÓN:	EMAIL:	

* Número de seguro SOCIAL es necesario para la verificación de seguro sólomente

Raza:

Ethnico:

√ (Marcar) lo que mas aplique a su situación:

- En AHCCCS, Medicaid, or CMDP
 No tengo seguro medico
 Indio Nativo Americano
 Kids Care
 Aseguraza no cubre las vacunas
 Aseguraza
 Necesitamos su informacion de aseguraza o la persona reponsible de los pagos

- Blanco Hispano/Latino
 Negro No Hispano
 Asiatico
 Indio Americano
 Otro

Nombre del asegurado: _____ Número de seguro SOCIAL(si tiene aseguraza): _____

Va usted a regresar a esta clinica para las vacunas siguientes? Si No

¿Como se entero de nuestra clinica de inmunizacion?

- postal recibida mandado por el medico paciente anterior
 llamada telefonica mandado por la escuela otro _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS: por la presente asigno al Departamento de salud cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para servicios de salud proveídos a mí. Entiendo que el Departamento de salud tiene el derecho de rechazar o aceptar la cesión de dichos beneficios. Si estos beneficios no se han asignado al Departamento de salud del Condado Mohave, estoy de acuerdo en mandar todos los pagos de seguros de salud y otros pagos de terceros que reciba por los servicios prestados a mí inmediatamente al recibirlos a el Departamento de salud Publica del Condado Mohave.

Estoy de acuerdo en permitir que al proveedor de atención médica de vacunas consentimiento para revelar información sobre todas las vacunas dadas a la persona para quien yo estoy autorizado a consentir, el sistema de información de inmunización estado de Arizona (ASIIS), otros proveedores de atención médica y las escuelas para evitar recibir vacunas innecesarias y para proporcionar información sobre los cuales se han recibido las vacunas. Entiendo que no debo de acuerdo a la publicación de esta información para recibir las vacunas que solicito.

HE RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

NO INGRESE ESTOS DATOS IMMUNIZATION EN ASIIS

He recibido una copia y leído o se me explicó, la información contenida en las sentencias de "información importante" para la enfermedad y la vacuna indicada abajo. He tenido oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas solicitados y pedir que la vacuna o vacunas que a continuación se dé a la persona nombrada arriba para quien yo estoy autorizado a hacer esta petición.

Firma del Paciente/padre _____

Imprima su Nombre _____

Fecha _____