

Appointment Date _____

Appt. Time _____/# _____

Programa de Vacunas Para Niños (VFC)—Registro de Deteccion de Elegibilidad del Paciente

Por favor complete la sección resaltada a continuación. Por favor escriba claramente.

Nombre del Niño(a): _____
Nombre Inicial Apellido

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ E-Mail: _____

Nombre del Padre: _____ # de Telefono: _____

Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Por favor marque la siguiente categoria que mejor describe a su hijo(a) :

Insuficiente Seguro Medico Sin Seguro Medico Nativo de Alaska/Indio Americano Plan de Medicaid/# _____

1) ¿Su hijo o alguien en su hogar ha sido diagnosticado con COVID-19? Sí NO Si es así, ¿cuándo? _____

2) ¿Su hijo o alguien en su hogar ha tenido síntomas de COVID-19 con o sin una prueba en los últimos 14 días? Sí NO (fiebre, escalofríos, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares, dolores de cabeza, nueva pérdida del gusto u olfato, dolor de garganta, congestión nasal, náuseas, vómitos, diarrea, ojos rosados, erupciones cutáneas o dedos rojos /hinchados)

For Office Use: Clinic Day Screening Date: _____ Status: _____ Temperature: Adult ____°F Child: ____°F

Salud y Servicios Humanos ha implementado una política de cancelación de 24 horas para cada paciente programado. Como recordatorio, si cancela, cambia o falta a su cita programada con menos de 24 horas de anticipación, nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \$25.00 de su bolsillo.

He leído y estoy de acuerdo con la política de cancelación.

Firma

Fecha

Coloque una Copia de la Tarjeta de Seguro Aquí

FOR OFFICE USE ONLY	Eligible for VFC Vaccine				Not eligible for VFC Vaccine		
	A	B	C	D	E	F	G
	Medicaid Enrolled Title XIX (19) V02	No Health Insurance (V03)	American Indian or Alaskan Native (V04)	*Underinsured at FQHC, RHC or deputized LHD only (V05)	Has health insurance that covers vaccines (V01)	** Other underinsured (V01)	***Enrolled in CHIP/Medicaid Title XXI (21) or State Funded (V22)
Date/Initial							

*Underinsured includes children with health insurance that does not cover vaccines or only covers specific vaccine types. Children are only eligible for vaccines that are not covered by insurance.

**Children who are enrolled in separate state Children’s Health Insurance Program (CHIP) with Medicaid Title XXI (21) or State Funded coverage are considered insured and are not eligible for vaccines through the VFC program.

Cuestionario de contraindicaciones para vacunacion de niños y adolescentes

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____
MONTH DAY YEAR

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos administrar a su hijo hoy. Si responde "sí" a alguna pregunta, no necesariamente significa que no se debe vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, solicítele a su proveedor de atención médica que se la explique.

	Si	No	No se
1. ¿El niño esta enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El niño es alergico a algun medicamento, alimento, componente de vacunas o al latex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El niño ha tenido alguna reaccion seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿El niño tiene algún problema de salud crónico en los pulmones, el corazón o los riñones, o sufre de enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, no tiene bazo, tiene deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o derrame de líquido cefalorraquídeo? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años, ¿le ha dicho algun proveedor de atencion medica que el niño tuvo sibilancia o asma en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si el niño es un bebe, ¿le han dicho alguna vez que tuv intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o uno de sus padres ha tenido convulsions; o el niño ha tenido problemas cerebrales o algun otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿El niño o un miembro de su familia tiene cancer, leukemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Uno de los padres, hermanos o hermanas del niño tiene algún problema en su sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿En los ultimos 3 meses, el niño ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunitario, tales como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cancer, o medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o tuvo tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Durante el año pasado, ¿el niño recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o se le administro inmunoglobulina, gammaglobulina o algun medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿La niña/adolescente esta embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el proximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Se le aplico alguna vacuna al niño en las ultimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿El niño ha recibido previamente 2 o más dosis de la vacuna contra la influenza estacional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿El niño ha tenido o tiene actualmente una afeccion neurologica llamada Sindrome de Guillan-Barre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿El niño ha recibido una vacuna Tdap, DTaP o Prevnar recientemente*? En caso afirmativo, ¿cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notas: Por favor notifique a la enfermera si su hijo es alérgico a: Productos de pollo: albúminas/proteínas de huevo, plumas de pollo o caspa, formaldehído, gelatina, etoxilato de octoxinifenol-10/octilfenol (Tritón X-100), solución isotónica de cloruro de sodio tamponada con fosfato de sodio, timerosal, desoxicolato de sodio, succinato de hidrógeno a-tocoferilo, polisorbato 80, gentamicina o hidrocortisona.

*Un estudio ha demostrado que puede haber una disminución de la efectividad de los componentes de la tos ferina (tos ferina) de la vacuna Tdap cuando se administran dentro de las 4 semanas posteriores a la vacuna contra la influenza. Existe un mayor riesgo de convulsiones causadas por fiebres altas cuando la vacuna Prevnar y/o la vacuna DTaP y la vacuna contra la influenza se administran juntas. He recibido y leído o me han explicado la Hoja de Declaración de Información de la Vacuna Inactivada Contra la Influenza (08/07/15) sobre la vacuna que se administrará.

Forma Llenada Por: **X** _____ Fecha: _____

Form Reviewed By: _____ Date: _____