

# 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     PPV23     Polio/IPV     Rotavirus     Varicella     Other \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de Paciente o de Padre/Guardian

\_\_\_\_\_

Fecha

Información Del Paciente				
<b>Apellido del paciente:</b>	<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Número de teléfono:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Condado:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Etnicidad:</b> 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		
<b>Médico Primario:</b>	<b>Dirección:</b> <b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Teléfono:</b> <b>Fax:</b>	
<b>Elegibilidad del paciente:</b> ___ 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	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