

Questionario para las vacunas de los Niños/Adolescentes

CHI Franciscan Health Children's Immunization Program

253-382-8572

Se me ha dado una copia y la he leído, o me se me has explicado la información en del Documento de Información de Vacuna(s). He tenido la oportunidad de hacer preguntas las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna(s), Solicito que la vacuna(s) indicadas sean dadas al niño/adolescente nombrado abajo del cual soy el padre o el guardián legal, por el cual doy mi autorización para hacer este requisito. Yo entiendo que la información de mi niño puede ser submitida a una base de datos electrónicos la cual puede ser compartida con otros proveedores.

Por Favor imprima (letra de molde)

Nombre de Padre/Guardian Legal _____ Firma _____ Fecha _____

Nombre de Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: ___ M F
(Primero) (Medio) (Apellido)

Dirección: _____
(Dirección de calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono: _____ Nombre del doctor/Ciudad: _____

Cual de los siguientes servicios tiene su niño?:

- Cupones de DSHS Seguro Básico del estado de Washington
 Otro seguro (other insurance) Ningún seguro (no insurance) el seguro no cubre los servicios

^^

- 1. Esta su niño enfermo hoy?..... Si No
- 2. Se ha desmayado su niño alguna vez o tiene mucho miedo a loas inyecciones o exámenes de sangre?... Si No
- 3. Tiene su niño o ha tenio alguna vez ataques, problemas neurológicos o el Síndrome de Sillín-Barre.....Si No
- 4. Es su hijo alérgico a los huevos, levadura, gelatina, a cualquier vacuna, o algún componente De una vacuna, látex?..... Si No
- 5. Tiene su hijo alguna otra alergia? Por favor haga una lista.....Si No
- 6. Ha tenido su hijo una reacción seria después de recibir una vacuna?Si No
- 7. Tiene su hijo algún problema del sistema inmunológico (por ejemplo cáncer, SIDA, Leucemia o toma cortisona,Prednisone u otros esteroides?)..... Si No
- 8. Tiene su hijo alguna condición médica como asma, diabetes o problemas digestivos?..... Si No
- 9. Hay alguien que vive con o que tiene contacto cercano con su hijo, que tenga algún problema del Sistema inmunológico como cáncer, SIDA, leucemia o uso de dosis altas de esteroides?..... Si No
- 10. Durante el ano pasado ha recibido su hijo una transfusión de sangre o de plasma o le han dado una Medicina llamado globlin inmune?..... Si No
- 11. Ha recibido su hijo cualquier otra vacuna durante el ultimo mes?..... Si No
- 12. Únicamente para las persona femeninas: esta su hija adolescente embarazada o tiene el riesgo de quedar embarazada en los próximos tres meses?..... Si No
- 13. Ha tenido su hijo la enfermedad de la varicela? Si ya la tuvo, cuando fue _____.....Si No

Franciscan Children's Immunization Program 253-382-8572

Vacunas gratis en la escuela

Los niños necesitan 11 años de edad y mayores recibir vacunas sin un padre presente:

- Screening cuestionario en reverso totalmente completado todas las preguntas debe ser respondida / para seguridad de su hijo, una enfermera se comunicará con usted sobre cualquier respuestas sí
- Firmas de padres necesarias (ambos lados)
- Círculo sí e inicial cada vacuna solicitado (véase el recuadro)
- Registro de vacunas es necesaria para determinar el número de dosis y corregir la distribución de dosis (en contacto con su enfermera de la escuela con preguntas)

Yo, _____ pedir que _____ recibir:
(padres) (nombre del niño)

POR FAVOR, CÍRCULO SÍ Y TODOS INICIAL SOLICITARON VACUNAS			
Tdap (tetano, difteria, tos ferina) se requiere 1 dosis ▶ Niño debe 11 años de edad ◀	Sí Iniciales: -----	Varicela (Chicken Pox) serie de 2 dosis	Sí Iniciales: -----
Hepatitis A serie de 2 dosis, 2ª dosis durante 6 meses	Sí Iniciales: -----	Influenza (conocida como gripe o flu) Anualmente, se da cuando hay una vacuna	Sí Iniciales: -----
Meningococica serie de 2 dosis, 2ª dosis debida: <ul style="list-style-type: none"> • Si se administraron 1 dosis de 16 años a los 11-12 años • Edad 16-18 if la dosis 1 administered 13-15 años de edad • Si la primera dosis administrada en o después de 16 años, ninguna dosis de refuerzo requerida 	Sí Iniciales: -----	HPV (Virus del papiloma humano) serie de 3 dosis, 2ª dosis por 2 meses después de la primera dosis, 3 dosis por 6 meses después de la primera dosis.	Sí Iniciales: -----
Su hijo le dará un registro de inmunización de las vacunas. Echale un vistazo y mochilas!			

Atencion: Asegúrese de que el siguiente se completa en estas formas:

- **CÍRCULO** sí para todas las vacunas requeridas arriba
- **FIRMA** o iniciales del padre/tutor en ambos lados
- **INFORMACIÓN** de seguro aparece en forma de cuestionario (necesarios para las estadísticas, todos los niños son elegibles para vacuna gratis)
- **TODAS** las preguntas son respondidas con un **sí** o **NO** en forma de cuestionario

DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA DE SU ESCUELA