

Program <b>MCH / Immunization</b>
Location

Departamento de Salud del Condado de Prince George  
Maryland

**REGISTRO DE ADMINISTRACION  
DE VACUNAS**

**Escriba en letra de molde**

Admission Date <table border="1"> <tr> <td>Month</td> <td>Day</td> <td>Year</td> </tr> </table>	Month	Day	Year
Month	Day	Year	
Discharge Date <table border="1"> <tr> <td>Month</td> <td>Day</td> <td>Year</td> </tr> </table>	Month	Day	Year
Month	Day	Year	

Nombre del paciente (apellido) (nombre)		Record Number (Para uso de Oficina) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
Dirección/Numero y nombre de calle		Numero de Apartamento		Fecha de nacimiento <table border="1"> <tr> <td>Month</td> <td>Day</td> <td>Year</td> </tr> </table>		Month	Day	Year																	
Month	Day	Year																							
Ciudad	Estado	Edad (Para uso de oficina)	Sexo (marque con un círculo) Varón      Hembra																						
Código postal <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								¿Es usted Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																	
Teléfono/casa <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												Teléfono/trabajo <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												Raza Seleccione una de las siguientes. Si se considera multiracial marque lo correspondiente: <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Afro Americana <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico	
Nombre del Padre/Guardián/Custodio		Parentesco con el paciente		# de Seguro Social/Padre/Guardián <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
Médico del niño/niña		Dirección																							

Debe contestar las siguientes preguntas correctamente. Su niño/niña será vacunado/a de acuerdo a la información que nos dé ahora. Usted será responsable por el control de las vacunas de su niño/niña.	MARQUE UNO		COMMENTS Para uso de Oficina
	SI	NO	
1. ¿Está él/ella bien de salud hoy? .....	SI	NO	
2. ¿Tiene su niño/niña algún problema médico grave? .....	SI	NO	
3. ¿Está él/ella tomando algún medicamento?/¿cúal? .....	SI	NO	
4. ¿Ha recibido su niño/niña alguna vacuna en los últimos 30 días? .....	SI	NO	
5. ¿Ha recibido su niño/niña una transfusión de sangre o gamma globulina durante los últimos 12 meses?	SI	NO	
6. ¿Tiene su niño/niña alguna reacción alérgica a: a) huevos    b) antibiótico-neomicina    c) levadura    d) thimerosal    e) gelatina    f) látex	SI	NO	
7. ¿Ha tenido su niño/niña alguna convulsión, ataque, desmayo o síncope?	SI	NO	
8. ¿Ha sufrido él/ella alguna de las siguientes reacciones con alguna vacuna? a. ¿Conmoción, pérdida de conocimiento o dificultad al respirar inmediatamente después de la vacuna? ...	SI	NO	
b. ¿Parálisis, convulsiones, cambios de conocimiento en los primeros 15 días después de la vacuna (encefalopatía)?	SI	NO	
c. ¿Fiebre de 105°F (40.5°C) o más en los primeros dos días? .....	SI	NO	
d. ¿Colapso o conmoción en los primeros dos días? .....	SI	NO	
e. ¿Convulsiones (ataques) con o sin fiebre durante los primeros tres días? .....	SI	NO	
f. ¿Llanto persistente que dura más de tres horas, en los primeros dos días? .....	SI	NO	
9. ¿Ha comenzado su hija a menstruar? Si la respuesta es sí, ¿cuándo fue el último periodo?	SI	NO	
10. ¿Hay algún historial de convulsiones en hermanos, hermanas, mamá o papá?	SI	NO	
11. ¿Tiene algún miembro de la familia hepatitis B, cáncer, sida, o está en tratamiento de quimioterapia o corticosteroides?	SI	NO	
12. ¿Ha tenido su niño/niña la enfermedad de la viruela (varicela)? Si la respuesta es sí, indique el mes y el año:	SI	NO	
13. ¿Hay algún motivo por el cual su niño/niña no debe de ser vacunado/a hoy?	SI	NO	
Firma del padre o guardián			Fecha

**Este niño/niña califica para vacunas a través del programa VPC (Vacunas) del estado de Maryland porque él/ella (marque solamente una respuesta):**

- a. Está cubierto por asistencia médica (MAC, MA HMO, Kids Court , PWC, etc.), o
- b. No tiene seguro de salud, o
- c. Es Nativo Americano (Indio Americano) o Nativo de Alaska, o
- d. Tiene seguro de salud que no cubre (paga) vacunas

\_\_\_\_\_  
Firma/Padre/Guardián

**CONSENTIMIENTO**

- ♦ He recibido la hoja de información de vacunas y he leído, o se me ha explicado, la información acerca de enfermedades y vacunas mencionadas más abajo.
- ♦ He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas satisfactoriamente.
- ♦ Creo entender los beneficios y riesgos de las vacunas mencionadas abajo. Pido que la(s) vacuna(s) sean administradas a mi o a la persona arriba mencionada, por quien tengo autorización de hacer esta solicitud.

Vaccine	Dose (Check <input checked="" type="checkbox"/> Box)						Date Given Mo/Day/Yr	Site	Initial Vaccine Administration	Firma del padre o guardián
	1	2	3	4	5	6				
DT TD	DTaP Tdap									
IPV										
Pneumococcal Conjugate										
Hib										
MMR										
Varicella										
Hep B										
MMR-V										
DTaP/Hep B/IPV										
Hep B/HIB										
Meningococcal Conjugate										
Influenza										
Hep A										
Pneumococcal Polysaccharide										
HPV										
Rotavirus										
Nurse's Notes										
Nurse's Notes										
Nurse's Notes										

**Check if information given to client:** MCHP  Health care resources

Community Health Nurse Signature	Date	Vaccine Administrator Signature	Date
----------------------------------	------	---------------------------------	------