

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## Historial de Vacunación y Salud Infantil



Apellido del(a) niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del(a) niño(a) \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino Femenino

Dirección \_\_\_\_\_ N.º de apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Raza:  Indoamericana/nativa de Alaska  Asiática  Negra/Afroamericana  
 Nativa hawaiana/isleña del Pacífico  Caucásica  Otra \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Hispana  No Hispana

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ ¿El tutor presenta documentación? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro Médico: \_\_\_\_\_

- 
1. ¿Su hijo(a) ha estado enfermo(a) en las últimas 24 horas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  2. ¿Su hijo(a) tiene alergias a medicamentos, alimentos, a algún componente de la vacuna o al látex? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, por favor explique \_\_\_\_\_
  3. ¿Su hijo(a) ha tenido alguna reacción grave a alguna vacuna anteriormente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  4. En el último año, ¿su hijo(a) recibió sangre o productos sanguíneos, o recibió inmunoglobulina (Gamma) o un medicamento antiviral? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  5. ¿Su hijo(a) tiene algún problema de salud a largo plazo, como una enfermedad pulmonar, cardíaca, renal, neurológica o metabólica (es decir, diabetes), asma, trastornos sanguíneos, falta de bazo, deficiencia de componentes del complemento, implante coclear, extrofia vesical o fuga de líquido cefalorraquídeo/espina bífida? ¿Está él/ella en terapia de aspirina a largo plazo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  6. ¿Su hijo(a) ha tenido alguna vez varicela? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  7. Si su hijo(a) es un bebé, ¿alguna vez le han dicho que él/ella ha tenido una intususcepción? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  8. ¿Su hijo(a) ha tenido alguna convulsión u otro problema cerebral o del sistema nervioso? ¿Su hijo(a) tiene un hermano o padre que haya tenido alguna convulsión? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  9. ¿Su hijo tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmune? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  10. ¿Tiene su hijo(a) un hermano o padre con un problema del sistema inmune? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  11. En los últimos 3 meses, ¿Su hijo(a) ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmune, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o psoriasis; o tuvo tratamientos de radiación? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  12. ¿Ha recibido su hijo(a) vacunas en las últimas 4 semanas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  13. ¿Su hija adolescente está embarazada o existe la posibilidad de quedar embarazada dentro del próximo mes? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Primer día del último período: \_\_\_\_\_ (mes/día/año) N/A \_\_\_\_\_

**He recibido una copia de la(s) Declaración(es) de Información sobre Vacunas con respecto a las enfermedades y vacunas. Doy permiso para que las vacunas que mi hijo(a) debe recibir hoy, se apliquen. Entiendo que la vacuna MMR, contra la varicela y/o contra el VPH NO debe administrarse a mujeres embarazadas. También entiendo que la persona que recibe estas vacunas no debe quedar embarazada durante un mes. Doy permiso para que este registro se entregue a proveedores médicos, departamentos de salud y escuelas para transmitir el historial de vacunación. Al firmar este formulario, también reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Formulario revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_