

Fecha: _____

Historial Médico y de Vacunas del Niño

Apellido(s) del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad: _____

Nombre del Niño _____ Segundo Nombre _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Teléfono _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Raza: Nativo Americano/ Nativo de Alaska Asiático Negro/Afro Americano
 Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico Blanco Otro _____

Etnicidad: Hispano No Hispano

Nombre del Padre/Tutor _____

Fecha de Nacimiento del Padre/Tutor: _____ Relación con el Paciente: _____

Nombre del Seguro Médico: _____

-
1. ¿Tiene su niño fiebre hoy? Sí _____ No _____
 2. ¿Su niño tiene alergias a medicamentos, comida, componente de alguna vacuna o al látex? Sí _____ No _____
Si seleccionó sí, porfavor describa: _____
 3. ¿Su niño tomar medicación diaria? Sí _____ No _____
Si seleccionó sí, porfavor describa: _____
 4. ¿Su niño ha tenido serias reacciones a alguna vacuna en el pasado? Sí _____ No _____
 5. ¿Durante el año pasado, su niño ha recibido sangre o productos de sangre, o se le ha dado inmunización (Gamma gammaglobulina o algún medicamento anti-viral)? Sí _____ No _____
 6. ¿Ha recibido su niño sangre, productos de sangre, o la gammaglobulina en los pasados seis meses? Sí _____ No _____
 7. Si su niño es un bebé, ¿Le han dicho si ha tenido intususcepción? Sí _____ No _____
 8. ¿Ha tenido su niño, un hermano o padre un ataque epiléptico o convulsiones? ¿Ha tenido su niño problemas en el sistema nervioso o en el cerebro? Sí _____ No _____
 9. ¿Tiene su niño cáncer, leucemia, VIH Positivo/SIDA o algun otro problema del sistema inmunológico? Sí _____ No _____
 10. En los pasados tres meses, ¿su niño ha tomado medicinas que afecten el sistema inmunológico como Prednisone, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, medicamentos para tratar artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o psoriasis o ha tenido tratamientos de radiación? Sí _____ No _____
 11. ¿Su niño ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas? Sí _____ No _____
 12. ¿Su niño ha tenido varicela? Sí _____ No _____
 13. Si su niño tiene 13 años o más, ¿su niño fuma? Sí _____ No _____
 14. Yo entiendo que las mujeres embarazadas no deben aplicarse con las siguientes vacunas: MMR/SRP, varicela y / o HPV /VPH. También, yo entiendo que la persona que reciba estas vacunas no debe quedar embarazada por un período de tres meses. Sí _____ No _____
 15. Si su niño tiene menos de 5 años, ¿Se ha matriculado en WIC? Sí _____ No _____

He recibido una copia de las Declaraciones de Información de Vacuna con respecto a las enfermedades y las vacunas. Yo concedo permiso para que mi niño reciba las vacunas que está programado para recibir hoy. Yo concedo permiso para que este registro se comparta con proveedores médicos, departamentos de salud y escuelas para transmitir la historia de inmunización. Al firmar este formulario, yo también reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma _____ Fecha _____

Form Reviewed by (nurse): _____ Date _____