

Inmunización de Niños - Información del paciente

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

POR CUAL VACUNA VIENE EL DIA DE HOY?

- Todas las vacunas recomendadas Difteria/Tétanos/Tosferina Influenza - Nasal Influenza-vacuna Hepatitis A
- Hepatitis B VIH Virus del Papiloma Meningitis Sarampión/paperas/rubeola Polio
- Neumococo Rotavirus Tétanos/difteria Tétanos/difteria/Tosferina acelular Varicela
- Otros: _____

TU HIJO HA TENIDO FIEBRE EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS? Sí No

TU HIJO HA RECIBIDO SANGRE, PRODUCTOS DE SANGRE O GLOBULINA GAMMA EN LAS ÚLTIMAS 12 HORAS? Sí No

TU HIJO HA TENIDO FUERTES REACCIONES A LAS INYECCIONES? Sí No

TU HIJO HA TENIDO FUERTES REACCIONES A LOS MEDICAMENTOS? Sí No

TU HIJO HA TENIDO CONVULSIONES O ATAQUES? Sí No

TU HIJO HA TENIDO VARICELA? Sí No

TU HIJO HA RECIBIDO VACUNA CONTRA LA VARICELA? Sí No

TU HIJO HA RECIBIDO VACUNAS EN OTRO LUGAR DESPUES DE SU ÚLTIMA VISITA A EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA CIUDAD DE CANTON? Sí No

SI RECIBIO VACUNAS, ADONDE LO RECIBIO? Doctor Otro departamento de salud

Otro _____

SI TU HIJO ES MENOR DE 5 ANOS, ESTA INSCRITO A WIC? Sí No

SOLO PARA MUJER: TIENE TU HIJA PERIODOS MENSTRUALES? Si No N/A

SI LO TIENE, CUANDO FUE EL PRIMER DIA DE SU ULTIMO PERIODO MENSTRUAL? _____

TÚ ERES EL PAPA O EL TUTOR LEGAL DEL NINO? Sí No

SI TU HIJO ES MAYOR DE 13 ANOS, EL O ELLA FUMA? Sí No

MEDICAMENTOS

ALERGIAS

Form Reviewed by: _____ Date _____