

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/esпина 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: \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**COVID-19**  
**Historial de salud de desde los 6 meses hasta los 11 años de edad**

1. ¿Su hijo/a se siente enfermo/a hoy? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
2. ¿La persona que se va a vacunar alguna vez ha tenido alguna reacción alérgica grave (por ejemplo: anafilaxia) que haya necesitado tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que haya ido al hospital después de recibir: una vacuna COVID-19, un componente de una vacuna COVID-19 (es decir, polietilenglicol, polisorbato) o cualquier otra vacuna o medicamento inyectable? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
3. ¿Ha tenido su hijo/a un problema de salud con pulmones, corazón, riñones o enfermedad metabólica (es decir diabetes), asma, trastorno sanguíneo, tomando anticoagulantes, o se le ha diagnosticado miocarditis, pericarditis o síndrome de Guillain-Barré? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
4. ¿Tiene su hijo/a un sistema inmunológico debilitado a causa de algo tal como cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o cualquier otro problema del sistema inmunológico o su hijo ha tomado medicamentos en los últimos 3 meses, que afecten el sistema inmunológico como Prednisone, otros esteroides, o medicinas contra el cáncer; medicinas para el tratamiento de la artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, o soriasis; o recibió tratamientos de radiación? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
5. ¿Su hijo(a) ha recibido un trasplante de células hematopoyéticas (HCT, por sus siglas en inglés) o terapias de células CAR-T con receptor de antígeno quimérico después de haber recibido alguna vacuna contra el COVID-19? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
6. ¿ Su hijo ha tenido una prueba positiva de COVID-19 o el doctor le ha dicho que su hijo ha tenido COVID-19 o síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (MIS-C) relacionado a COVID-19? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  - a. En caso afirmativo, cuando \_\_\_\_\_
7. ¿Su hijo/a ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (plasma monoclonal o convaleciente) para COVID-19 en los últimos 3 meses? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**COVID-19 Consentimiento de inmunización**

**He recibido y revisado la Declaración de Consentimiento de Vacunación de COVID-19 y la Hoja de Datos de Autorización para Uso de Emergencia de COVID-19. Entiendo que existe el riesgo de una reacción de leve a grave con cualquier vacuna. También entiendo que este es un riesgo menor que el riesgo para una persona no vacunada que podría adquirir esta enfermedad. Al firmar este formulario, yo también reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Canton City Public Health. También otorgo permiso para que este registro sea entregado a proveedores médicos, departamentos de salud, y que sea transmitido al registro de vacunación.**

Firma del Padre/ Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Form Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_