



Registro clínico de vacunación de niños

Favor de leer y llenar todas las áreas iluminadas de las 4 páginas.

Primer nombre:	Edad:
Apellido del niño:	Fecha de nacimiento:
Teléfono:	Género/Sexo:
Dirección:	
Ciudad:	Estado:
Código postal:	
Nombre del tutor legal:	
Nombre soltera de la mamá:	

SELECCIONE UNO:

- (0) _____ niño está inscrito en **Kids Care**
 (1) _____ niño está inscrito en el (AHCCCS)
 (2) _____ niño **no tiene** seguro médico.
 (3) _____ niño es indio americano o nativo de Alaska.
 (4) _____ niño cuenta con un seguro particular que **no cubre** la vacuna.
 (5) _____ niño cuenta con seguro particular. **ALTO, Favor de hablar con la recepcionista.**

Favor de leer y firmar.

Yo estoy de acuerdo que el proveedor de salud que proporcione las vacunas divulgue información sobre todas las vacunas que reciba yo o la persona a mi cargo para la cual estoy autorizado a prestar mi consentimiento al Sistema de Información sobre Vacunación del Estado de Arizona (ASIIS), a otros proveedores de atención médica y a la escuela, con los beneficios de no recibir vacunas innecesarias y proporcionar información acerca de qué vacunas se han recibido. Comprendo que no tengo la obligación de consentir a la divulgación de esta información a fin de recibir las vacunas que solicite.

Me ha ofrecido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente que me informa como empezar un reclamo si siento que mis derechos han sido violados.

Me han entregado una copia y he leído, o me han explicado, la “Hoja de información sobre vacunas” del Centro para el Control de Enfermedades (CDC) con las enfermedades y las vacunas marcadas a continuación. He tenido la oportunidad de formular preguntas que fueron respondidas a mi plena satisfacción. Considero que comprendo los beneficios y los riesgos de las vacunas requeridas, y solicito que me apliquen a mí o a la persona previamente mencionada a mi cargo para la cual estoy autorizado a presentar esta solicitud las vacunas marcadas a continuación. Mi firma indica mi aprobación para las vacunas que se me recomiendan en el formulario de administración de la vacuna.

Firma de padre/tutor:	Fecha:
-----------------------	--------

Reconocimiento de Notificación Conjunta de Prácticas de Privacidad de Información de Salud (NPP)

Efectiva 14 de abril 2003 la ley requiere que **Chandler Regional Medical Center** dar a un paciente una copia de su Aviso de prácticas de privacidad de información de salud. Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Le daremos una copia en el momento del primer tratamiento y, si cambiamos nuestro aviso, a partir de entonces en la visita siguiente tratamiento. Al firmar abajo, usted reconoce el recibo del aviso como el paciente, representante personal del paciente, el agente autorizado del paciente, o de un individuo involucrado en la atención médica del paciente.

Nombre del paciente: _____

Reconocimiento de Firma: _____ Fecha: _____

Si esta forma es firmado por alguien que no sea el paciente, indique la relación:

Nombre: _____ Relación: _____

Traducción de forma: Interpreter Service Documentation Form

Idioma preferido/Ayuda(s) auxiliar(es) del paciente: _____

Entiendo que CommonSpirit Health brinda servicios de interpretación y asistencia de comunicación, que incluyen intérpretes de lenguaje de señas, intérpretes orales, TTY/TDD, dispositivos de asistencia auditiva y otras ayudas y servicios auxiliares, de forma gratuita a todos los pacientes y/o sus acompañantes que los necesiten para una comunicación efectiva. Esto incluye asistencia a personas sordas, con problemas de audición y/o con discapacidad visual, del habla o de las habilidades manuales. Se me ha informado del procedimiento para solicitar un intérprete.

Elijo (**marque una opción**):

() Que el centro proporcione servicios de interpretación.

() Habiendo sido informado de la disponibilidad de servicios de interpretación y/o ayudas auxiliares, rechazo los servicios ofrecidos por el Centro y prefiero usar mi propio intérprete o ayudas auxiliares por cuenta propia.

Interpreter Services Documentation Form

Patient's Preferred Language/Auxiliary Aid(s): _____

I understand that Dignity Health provides interpreter services and communication assistance, including sign language interpreters, oral interpreters, TTYs/TDDs, assistive listening devices, and other auxiliary aids and services, free of charge to all patients and/or their companions who need them for effective communication. This includes assistance to persons who are deaf, hard of hearing, and/or have impaired vision, speaking, or manual skills. I have been informed of the procedure for requesting an interpreter.

I choose (please mark one choice below):

() To have interpreter services provided by the facility.

() Having been informed of the availability of interpreter services and/or auxiliary aids, I decline the services offered by the Facility and prefer to use my own interpreter or auxiliary aids at my own cost.

Patient/Companion Signature: _____ Date: _____.

If patient/companion cannot sign, please complete:

Signature of Guardian or Representative: _____ Date: _____.

Relationship to Patient/Companion: _____

Only complete this section if you want to waive your right to an interpreter provided by the Facility

I have provided the following names of those designated by me to act as my interpreter:

Primary Interpreter: _____

Relationship to Patient: _____ Contact Number: _____

Secondary Interpreter: _____

Relationship to Patient: _____ Contact Number: _____

Note: Minors are not allowed to interpret; interpreters must be over the age of 18 years. To ensure complete and accurate interpreting, a Facility-approved interpreter shall be used for:

- 1) Consents (including Conditions of Admission)
- 2) Assessments
- 3) Teaching and Discharge Instructions

Interpreter Present for Patient Registration, and to interpret this document to the patient:

Interpreter Name: _____ Interpreter ID: _____

Staff Signature: _____ Date: _____ Time: _____

Interpreter Services Documentation Form

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
mes día año

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos administrar a su hijo hoy. Si responde “sí” a alguna pregunta, no necesariamente significa que no se debe vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, solicítele a su proveedor de atención médica que se la explique.

	sí	no	no sé
1. ¿El niño está enfermo hoy?	☐	☐	☐
2. ¿El niño es alérgico a algún medicamento, alimento, componente de vacunas o al látex?	☐	☐	☐
3. ¿El niño ha tenido alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	☐	☐	☐
4. ¿El niño tiene algún problema de salud crónico en los pulmones, el corazón o los riñones, o sufre de enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, no tiene bazo, tiene deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o derrame de líquido cefalorraquídeo? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	☐	☐	☐
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años, ¿le ha dicho algún proveedor de atención médica que el niño tuvo sibilancia o asma en los últimos 12 meses?	☐	☐	☐
6. Si el niño es un bebé, ¿le han dicho alguna vez que tuvo intususcepción?	☐	☐	☐
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o uno de sus padres ha tenido convulsiones; o el niño ha tenido problemas cerebrales o algún otro problema del sistema nervioso?	☐	☐	☐
8. ¿El niño o un miembro de su familia tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	☐	☐	☐
9. ¿Uno de los padres, hermanos o hermanas del niño tiene algún problema en su sistema inmunitario?	☐	☐	☐
10. ¿En los últimos 3 meses, el niño ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunitario, tales como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o tuvo tratamientos de radiación?	☐	☐	☐
11. Durante el año pasado, ¿el niño recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o se le administró inmunoglobulina, gammaglobulina o algún medicamento antiviral?	☐	☐	☐
12. ¿La niña/adolescente está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	☐	☐	☐
13. ¿Se le aplicó alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐

FORMA LLENADA POR _____ FECHA _____

FORMA REVISADA POR _____ FECHA _____

¿Trajo su cartilla de vacunación consigo? sí ☐ no ☐

Es importante que tenga un registro personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al proveedor de atención médica de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo con usted todas las veces que busque atención médica para su hijo. Su hijo necesitará este documento para ingresar a la guardería o a la escuela, para obtener empleo o para viajar al extranjero.

“Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens”

Saint Paul, Minnesota • 651-647-9009 • www.immunize.org • www.vaccineinformation.org

www.immunize.org/catg.d/p4060-01.pdf • Item #P4060-01 Spanish (10/20)

FORMULARIO PARA VACUNACION DE NINOS

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____
MES/DIA/Año

EDAD: _____ ALERGIAS: _____

(ABAJO PARA USO EXCLUSIVO DE OFICINA)

SCREENED BY: _____ DATE OF ADMIN./VIS GIVEN: _____

SPECIAL CONSIDERATIONS: _____

☐ MULTI-VACCINE VIS GIVEN
EDITION DATE 07/24/23

Dtap #	Pediarix # Dtap-IPV-HepB	Pentacel # Dtap-IPV/Hib	Dtap-IPV #	Hep A #	Hep B #	Hib # MERCK	HPV9 # MERCK	Flu SITE IM	Covid-19 RD LD IM
LVL LD IM VIS EDIT. DATE 8/6/2021	LVL LD IM Dtap vis 8/6/21 IPV vis 8/6/21 HepB vis05/12/23	LVL LD IM Dtap vis 8/6/21 IPV vis 8/6/21 Hib vis 8/6/21	LVL LD IM DTaP vis 8/6/21, IPV vis 8/6/21	RVL RD IM VIS EDIT. DATE 10/15/21	LVL LD IM VIS EDIT. DATE 5/12/23	LVL LD IM VIS EDIT. DATE 8/6/21	RD IM VIS EDIT. DATE 8/6/21	VIS EDIT. DATE 8/6/21	VIS edit. date 10/17/24
ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:
DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:

IPV #	MCV4 #	MEN B # BEXSERO	MMR # MERCK	PCV 20 #	Rota # MERCK	RSV Mab ANTIBODY 100MG RVL IM	Tdap #	VAR # MERCK	MMRV # MERCK
LA IM ____ SQ VIS EDIT. DATE 8/6/21	RD IM VIS EDIT. DATES 8/6/21	LD IM VIS EDIT. DATE 8/6/21	RVL RD IM ____ SQ VIS EDIT. DATE 8/6/21	RVL RD IM VIS EDIT. DATE 5/12/23	ORAL VIS EDIT. DATE 10/15/21	VIS EDIT. DATE 9/25/23	LD IM VIS EDIT. DATE 8/6/21	____ SQ VIS EDIT. DATE 8/6/21	RVL RD IM ____ SQ VIS EDIT. DATE 8/6/21
ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:
DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:

MANUFACTURER, LOT NUMBER	NAME/TITLE OF ADMINISTRATOR