

## Registro clínico de vacunación niños

**Citas:** Favor de llamar Lunes a Jueves 9am-12pm

Línea de Información Español 480-728-3777

Mascaras están obligatorias. Por favor traiga sus cartillas de vacunas y un bolígrafo para su uso personal. Solo los niños que tienen cita y un adulto podrán entrar en el centro.

Si usted o el niño, ha tenido esta tipo de síntomas en las últimas 24 horas: fiebre, dolor de huesos, fatiga, tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, dolor de cabeza, pérdida de olfato o sabor, nausea o diarrea por favor retrase su visita.

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

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

**MARQUE UNO:**

- (1) \_\_\_\_\_ niño está inscrito en el (AHCCCS) ¿En qué plan? \_\_\_\_\_
- (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.**

**USO DE INTÉRPRETE**

**Favor de leer y firmar.**

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, a los efectos 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. Mis iniciales indicarán mi aprobación para las vacunas que se me recomiendan en el formulario de administración de la vacuna.

**Firma de padre/tutor:**

**Fecha:**

**Reconocimiento Sobre la Participación Estatal en el Intercambio de Información Sobre la Salud (HIE)**

Yo reconozco haber recibido, leído y comprendido el Aviso sobre las Prácticas acerca de la información de salud y sobre la participación de Dignity Health en la Red de intercambio Estatal de información sobre la salud (HIE), o bien ya he recibido anteriormente dicha información y no necesito otra copia.

Reconocimiento

de Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**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 de 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: \_\_\_\_\_ Historia clínica #: \_\_\_\_\_

Reconocimiento

de Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**PARA USO OFICIAL (OFFICAL USE):**

I provided a copy of the NPP to the patient/patients representative but was unable to obtain his/her written acknowledgement of receipt of such for the following reasons:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I have attempted to provide to the patient/patients representative a copy of the NPP, but was unable to do so for the following reasons:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature of

Hospital Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_ Department: \_\_\_\_\_



Health Information Exchange (HIE)  
and Notice of Privacy Practices (NPP)

# 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? <small>El niño ha tenido alguna de estas síntomas en los últimos 24 horas? -fiebre, dolor de huesos, fatiga, tos, dificultad para respirar, dolor de garganta, dolor de cabeza, pérdida de olfato o sabor, náusea, diarrea</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El niño es alérgico a algún medicamento, alimento, componente de vacunas o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El niño ha tenido alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si el niño es un bebé, ¿le han dicho alguna vez que tuvo intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿El niño o un miembro de su familia tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Uno de los padres, hermanos o hermanas del niño tiene algún problema en su sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿La niña/adolescente está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Se le aplicó alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

# 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: \_\_\_\_\_  MULTI-VACCINE VIS GIVEN  
EDITION DATE 4/1/2020

Dtap #	Pediarix #	Pentacel #	Dtap-IPV #	Hep A #	Hep B #	Hib #	HPV9 #	Flu
LVL LD IM VIS EDIT. DATE 4/1/20	Dtap-IPV-HepB LVL LD IM Dtap vis 4/1/20 IPV vis 10/30/19 HepB vis 8/15/19	Dtap-IPV/Hib LVL LD IM Dtap vis 4/1/20 IPV vis 10/30/19 Hib vis 10/30/19	LVL LD IM DTPaP vis 4/1/20 IPV vis 10/30/19	RVL RD IM VIS EDIT. DATE 7/20/16	LVL LD IM VIS EDIT. DATE 8/15/19	MERCK LVL LD IM VIS EDIT. DATE 10/30/19	MERCK RD IM VIS EDIT. DATE 10/30/19	SITE _____ IM VIS EDIT. DATE 8/15/19
ACEPTAR:	ACEPTAR:	ACEPTAR:	ACEPTAR:	ACEPTAR:	ACEPTAR:	ACEPTAR:	ACEPTAR:	ACEPTAR:
DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:

IPV #	MCV4 #	MEN B #	MMR #	PCV13 #	Rota #	Td #	Tdap #	VAR #	MMRV #
LA SQ VIS EDIT. DATE 10/30/19	RD IM VIS EDIT. DATES 8/15/19	BEXSERO LD IM VIS EDIT. DATE 8/15/19	MERCK RA SQ VIS EDIT. DATE 8/15/19	PREVNAR RVL RD IM VIS EDIT. DATE 10/30/19	MERCK ORAL VIS EDIT. DATE 10/30/19	LD IM VIS EDIT. DATE 4/1/20	LD IM VIS EDIT. DATE 4/1/20	MERCK LA SQ VIS EDIT. DATE 8/15/19	MERCK RA SQ VIS EDIT. DATE 08/15/19
ACEPTAR:	ACEPTAR:	ACEPTAR:	ACEPTAR:	ACEPTAR:	ACEPTAR:	ACEPTAR:	ACEPTAR:	ACEPTAR:	ACCEPT:
DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINE:

VACCINE LABEL: VACCINE, MANUFACTURER, LOT NUMBER	NAME/TITLE OF ADMINISTRATOR

# Information for Healthcare Professionals about the Screening Checklist for Contraindications to Vaccines (Children and Teens)

Are you interested in knowing why we included a certain question on the screening checklist? If so, read the information below. If you want to find out even more, consult the references in **Notes** below.

**NOTE:** For supporting documentation on the answers given below, go to the specific ACIP vaccine recommendation found at the following website: [www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html)

## 1. Is the child sick today? [all vaccines]

There is no evidence that acute illness reduces vaccine efficacy or increases vaccine adverse events. However, as a precaution with moderate or severe acute illness, all vaccines should be delayed until the illness has improved. Mild illnesses (such as otitis media, upper respiratory infections, and diarrhea) are NOT contraindications to vaccination. Do not withhold vaccination if a person is taking antibiotics.

## 2. Does the child have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex? [all vaccines]

An anaphylactic reaction to latex is a contraindication to vaccines that contain latex as a component or as part of the packaging (e.g., vial stoppers, prefilled syringe plungers, filled syringe caps). If a person has anaphylaxis after eating gelatin, do not administer vaccines containing gelatin. A local reaction to a prior vaccine dose or vaccine component, including latex, is not a contraindication to a subsequent dose or vaccine containing that component. For information on vaccines supplied in vials or syringes containing latex, see [www.cdc.gov/vaccines-pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/latex-table.pdf](http://www.cdc.gov/vaccines-pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/latex-table.pdf); for an extensive list of vaccine components, see [www.cdc.gov/vaccines-pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/excipient-table-2.pdf](http://www.cdc.gov/vaccines-pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/excipient-table-2.pdf). People with egg allergy of any severity can receive any recommended influenza vaccine (i.e., any IIV, RIV, or LAIV) that is otherwise appropriate for the patient's age and health status. For people with a history of severe allergic reaction to egg involving any symptom other than hives (e.g., angioedema, respiratory distress), or who required epinephrine or another emergency medical intervention, the vaccine should be administered in a medical setting, such as a clinic, health department, or physician office. Vaccine administration should be supervised by a healthcare provider who is able to recognize and manage severe allergic conditions.<sup>5</sup>

## 3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past? [all vaccines]

History of anaphylactic reaction (see question 2) to a previous dose of vaccine or vaccine component is a contraindication for subsequent doses. History of encephalopathy within 7 days following DTP/DTaP is a contraindication for further doses of pertussis-containing vaccine. There are other adverse events that might have occurred following vaccination that constitute contraindications or precautions to future doses. Under normal circumstances, vaccines are deferred when a precaution is present. However, situations may arise when the benefit outweighs the risk (e.g., during a community pertussis outbreak).

## 4. Does the child have a long-term health problem with lung, heart, kidney, or metabolic disease (e.g., diabetes), asthma, a blood disorder, no spleen, complement component deficiency, a cochlear implant, or a spinal fluid leak? Is he/she on long-term aspirin therapy? [MMR, MMRV, LAIV, VAR]

A history of thrombocytopenia or thrombocytopenic purpura is a precaution to MMR and MMRV vaccines. The safety LAIV in children and teens with lung, heart, kidney, or metabolic disease (e.g., diabetes), or a blood disorder has not been established. These conditions, including asthma in children ages 5 years and older, should be considered precautions for the use of LAIV. Children with functional or anatomic asplenia, complement deficiency, cochlear implant, or CSF leak should not receive LAIV. Children on long-term aspirin therapy should not be given LAIV; instead, they should be given IIV. Aspirin use is a precaution to VAR.

## 5. If the child to be vaccinated is 2 through 4 years of age, has a healthcare provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months? [LAIV]

Children ages 2 through 4 years who have had a wheezing episode within the past 12 months should not be given LAIV. Instead, these children should be given IIV.

## 6. If your child is a baby, have you ever been told that he or she has had intussusception? [Rotavirus]

Infants who have a history of intussusception (i.e., the telescoping of one portion of the intestine into another) should not be given rotavirus vaccine.

## 7. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had brain or other nervous system problem? [DTaP, Td, Tdap, IIV, LAIV, MMRV]

DTaP and Tdap are contraindicated in children who have a history of encephalopathy within 7 days following DTP/DTaP. An unstable progressive neurologic problem is a precaution to the use of DTaP and Tdap. For children with stable neurologic disorders (including seizures) unrelated to vaccination, or for children with a family history of seizures, vaccinate as usual (exception: children with a personal or family [i.e., parent or sibling] history of seizures generally should not be vaccinated with MMRV; they should receive separate MMR and VAR vaccines). A history of Guillain-Barré syndrome (GBS) is a consideration with the following: 1) Td/Tdap: if GBS has occurred within 6 weeks of a tetanus-containing vaccine and decision is made to continue vaccination, give Tdap instead of Td if no history of prior Tdap; 2) Influenza vaccine (IIV or LAIV): if GBS has occurred within 6 weeks of a prior influenza vaccination, vaccinate with IIV if at high risk for severe influenza complications.

**NOTE:** For summary information on contraindications and precautions to vaccines, go to the ACIP's General Best Practice Guidelines for Immunization at [www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html)

## 8. Does the child have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem? [LAIV, MMR, MMRV, RV, VAR]

Live virus vaccines (e.g., MMR, MMRV, VAR, RV, LAIV) are usually contraindicated in immunocompromised children. However, there are exceptions. For example, MMR is recommended for asymptomatic HIV-infected children who do not have evidence of severe immunosuppression. Likewise, VAR should be considered for HIV-infected children age 12 months through 8 years with age-specific CD4+ T-lymphocyte percentage at 15% or greater, or for children age 9 years or older with CD4+ T-lymphocyte counts of greater than or equal to 200 cell/ $\mu$ L. Immunosuppressed children should not receive LAIV. Infants who have been diagnosed with severe combined immunodeficiency (SCID) should not be given a live virus vaccine, including RV. Other forms of immunosuppression are a precaution, not a contraindication, to RV. For details, consult ACIP recommendations (see references in **Notes** above).

## 9. Does the child have a parent, brother, or sister with an immune system problem? [MMR, MMRV, VAR]

MMR, VAR, and MMRV vaccines should not be given to a child or teen with a family history of congenital or hereditary immunodeficiency in first-degree relatives (i.e., parents, siblings) unless the immune competence of the potential vaccine recipient has been clinically substantiated or verified by a laboratory.

## 10. In the past 3 months, has the child taken medications that affect the immune system such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs for the treatment of rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or had radiation treatments? [LAIV, MMR, MMRV, VAR]

Live virus vaccines (e.g., LAIV, MMR, MMRV, VAR) should be postponed until after chemotherapy or long-term high-dose steroid therapy has ended. For details and length of time to postpone, consult the ACIP statement. Some immune mediator and immune modulator drugs (especially the antitumor-necrosis factor agents adalimumab, infliximab, and etanercept) may be immunosuppressive. A comprehensive list of immunosuppressive immune modulators is available in CDC Health Information for International Travel (the "Yellow Book") available at [wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2018/advising-travelers-with-specific-needs/immunocompromised-travelers](http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2018/advising-travelers-with-specific-needs/immunocompromised-travelers). The use of live vaccines should be avoided in persons taking these drugs. To find specific vaccination schedules for stem cell transplant (bone marrow transplant) patients, see General Best Practice Guidelines for Immunization (referenced in **Notes** above). LAIV, when recommended, can be given only to healthy non-pregnant people ages 2 through 49 years.

## 11. In the past year, has the child received a transfusion of blood or blood products, or been given immune (gamma) globulin or an antiviral drug? [MMR, MMRV, VAR]

Certain live virus vaccines (e.g., MMR, MMRV, VAR) may need to be deferred, depending on several variables. Consult the most current ACIP recommendations (referenced in **Notes** above) for the most current information on intervals between antiviral drugs, immune globulin or blood product administration and live virus vaccines.

## 12. Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month? [HPV, IPV, LAIV, MMR, MMRV, VAR]

Live virus vaccines (e.g., MMR, MMRV, VAR, LAIV) are contraindicated one month before and during pregnancy because of the theoretical risk of virus transmission to the fetus. Sexually active young women who receive a live virus vaccine should be instructed to practice careful contraception for one month following receipt of the vaccine. On theoretical grounds, IPV should not be given during pregnancy; however, it may be given if risk of exposure is imminent (e.g., travel to endemic areas) and immediate protection is needed. IIV and Tdap are both recommended during pregnancy. HPV vaccine is not recommended during pregnancy.

## 13. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks? [LAIV, MMR, MMRV, VAR, yellow fever]

Children who were given either LAIV or an injectable live virus vaccine (e.g., MMR, MMRV, VAR, yellow fever) should wait 28 days before receiving another vaccination of this type. Inactivated vaccines may be given at the same time or at any spacing interval.

### VACCINE ABBREVIATIONS

LAIV = Live attenuated influenza vaccine	RIV = Recombinant influenza vaccine
HPV = Human papillomavirus vaccine	RV = Rotavirus vaccine
IIV = Inactivated influenza vaccine	Td/Tdap = Tetanus, diphtheria, (acellular pertussis) vaccine
IPV = Inactivated poliovirus vaccine	VAR = Varicella vaccine
MMR = Measles, mumps, and rubella vaccine	
MMRV = MMR+VAR vaccine	