Dignity Health
Chandler Regional Medical Center

Citas: Favor de ir a
www.dignityhealth.org/chandlerimmunizations
o llamar 480-728-3777

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 mama:	

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.**

☐ **USO DE INTÉRPRETE ID#**_____

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 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: _____

Dignity Health
Chandler Regional Medical Center

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?	☐	☐	☐
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.

immunization action coalition
IAC
immunize.org

"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)

Dignity Health
Chandler Regional Medical Center
Community Wellness
1955 W. Frye Rd.
Chandler, AZ 85224

FORMULARIO PARA VACUNACION DE NINOS

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

EDAD:_____ ALERGIAS:_____

(ABAJO PARA USO ESCLUSIVO DE OFICINA)

SCREENED BY:_____DATE OF ADMIN/VIS GIVEN:_____ ☐ MULTI-VACCINE VIS GIVEN EDITION DATE 07/24/23

*SPECIAL CONSIDERATIONS:*_____

Dtap	Pediarix	Pentacel	Dtap-IPV	Hep A	Hep B	Hib	HPV9	Flu	Covid-19
#	#	#	#	#	#	#	#		6mo-11yr
LVL LD IM	Dtap-IPV-HepB LVL LD IM	Dtap-IPV/Hib LVL LD IM	LVL LD IM	RVL RD IM	LVL LD IM	MERCK LVL LD IM	MERCK RD IM	SITE_____ IM	Moderna RD LD IM
VIS EDIT. DATE	Dtap vis 8/6/21 IPV vis 8/6/21 HepB vis05/12/23	Dtap vis 8/6/21 IPV vis 8/6/21 Hib vis 8/6/21	DTaP vis 8/6/21 IPV vis8/6/21	VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE
8/6/2021				10/15/21	5/12/23	8/6/21	8/6/21	8/6/21	10/19/2023
ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:
DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:

IPV	MCV4	MEN B	MMR	PCV 20	Rota	Tdap	VAR	MMRV	Covid-19
#	#	#	#	#	#	#	#	#	12+YR
LA IM SQ	RD IM	BEXSERO LD IM	MERCK RA IM SQ	RVL RD IM	MERCK ORAL	LD IM	MERCK LA IM SQ	MERCK RA IM SQ	Pfizer RD LD IM
VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATES	VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE
8/6/21	8/6/21	8/6/21	8/6/21	5/12/23	10/15/21	8/6/21	8/6/21	8/6/21	10/19/2023
ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:
DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:

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