

Registro clínico de vacunación niños

Citas: Favor de ir a

www.dignityhealth.org/chandlerimmunizations

o llamar 480-728-3777 Mascaras están obligatorias.

Solo niños con 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: _____



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? 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	☐	☐	☐
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.

FORMULARIO PARA VACUNACION DE NINOS

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

EDAD: _____ PESO: _____ 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	Flu
#	#	#	#	#	#	#	#	Flu PVT	Flu VFC
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	SITE_____ IM
VIS EDIT. DATE	Dtap vis 4/1/20 IPV vis 10/30/19 HepB vis 8/15/19	Dtap vis 4/1/20 IPV vis 10/30/19 Hib vis 10/30/19	DTaP vis 4/1/20 IPV vis 10/30/19	VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE
4/1/20				7/28/20	8/15/19	10/30/19	10/30/19	8/15/19	8/15/19
ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:
DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:

IPV	MCV4	MEN B	MMR	PCV13	Rota	Tdap	VAR	MMRV	COVID-19
#	#	#	#	#	#	#	#	#	
LA SQ	RD IM	BEXSERO LD IM	MERCK RA SQ	PREVNAR RVL RD IM	MERCK ORAL	LD IM	MERCK LA SQ	MERCK RA SQ	SITE_____ 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
10/30/19	8/15/19	8/15/19	8/15/19	10/30/19	10/30/19	4/1/20	8/15/19	08/15/19	
ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:
DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:

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