

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/espina 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 18 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: _____