

La HISTORIA de SALUD del NIÑO

Apellido Paterno del Niño _____ Apellido Materno del Niño _____

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Condado _____ El Médico del Niño _____

Sexo (**Encierre su respuesta en un círculo**) M F Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Etnicidad: Hispano No Hispano

Raza: Asiático/ Isleño del Pacífico Negro Nativo Americano/ Nativo de Alaska Blanco Otro

Nombre del Padre / Tutor _____ Teléfono _____

Correo Electrónico: _____

Estatus de Seguro:

___ Tengo **Buckeye** # _____

___ Tengo **Medicaid** # _____

___ Tengo **CareSource** # _____

___ Tengo seguro privado que cubre el costo de las inyecciones **100%**

___ Tengo **Molina Healthcare** # _____

Nombre / ID # _____

___ Tengo **Paramount** # _____

___ Tengo seguro privado que **no cubre** inyecciones 100%

___ Tengo **United HealthCare** # _____

___ No tengo ningún seguro

1. ¿Tiene su niño una fiebre hoy? Sí _____ No _____
2. Quiero que mi niño reciba **todos** de las vacunas recomendadas hoy. Sí _____ No _____
3. ¿Tiene su niño alguna enfermedad grave o crónica? Si **Sí**, liste la enfermedad: _____ Sí _____ No _____
4. ¿Toma su niño alguna medicina en este momento? Si **Sí**, liste la medicina: _____ Sí _____ No _____
5. ¿Ha recibido su niño sangre, productos de sangre, o la gammaglobulina en los pasados seis meses? Sí _____ No _____
6. ¿Ha tenido su niño:

Una reacción grave a las inyecciones?	Sí _____ No _____
Una reacción grave a alguna medicina?	Sí _____ No _____
Las convulsiones o los ataques?	Sí _____ No _____
Las alergias? Especifique _____	Sí _____ No _____
7. ¿Ha tenido su niño la enfermedad de varicela? Sí _____ No _____
 ¿Ha recibido su niño la vacuna contra la varicela? Sí _____ No _____
8. ¿Tiene su niño los períodos menstruales? Sí _____ No _____
 Si **Sí**, ¿cuál es el primer día del **último periodo menstrual**? Mes _____ Día _____ Año _____
9. Yo entiendo que durante embarazo, las mujeres embarazadas no deben vacunarse con las siguientes vacunas: MMR/SRP, la varicela y / o HPV /VPH. También, yo entiendo que la persona que recibir estas vacunas no debe quedar embarazada por un período de tres meses. Sí _____ No _____
10. ¿Ha recibido su niño inmunizaciones al Departamento de Salud de la Ciudad de Canton? Sí _____ No _____
 Si **No**, ¿Dónde recibe su niño las inmunizaciones? _____
11. ¿Ha recibido su niño las vacunas a un otro lugar después su última visita al Departamento de Salud de la Ciudad de Canton? Sí _____ No _____
 Si **Sí**, ¿Dónde recibe su niño las vacunas? _____
12. Si su niño tiene menos de 5 años, ¿Se ha matriculado su niño en WIC? Sí _____ No _____
13. ¿Es Usted el padre o el tutor del hijo? Sí _____ No _____

He recibido una copia de las Declaraciones de Información de Vacuna con respecto a las enfermedades y las vacunas. Yo concedo permiso para mi niño recibir las vacunas que mi niño esta debido a recibir hoy. Yo concedo permiso para este registro estar se hace disponible a los proveedores de asistencia sanitaria, los departamentos de salud y las escuelas para transmitir la historia de inmunización. Al firmar este formulario, yo reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

La Firma _____ La Fecha _____

Form Reviewed by (nurse): _____ Date _____