

<SCHOOL NAME>

<SCHOOL YEAR>

NPI: _____

EXAMEN DE SALUD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO

Responda las siguientes preguntas sobre la persona que se va a vacunar.

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Grado escolar:	Idioma de preferencia:
Elegibilidad para la vacuna y seguro: <input type="checkbox"/> Con seguro, menor de 19 años elegible por el estado <input type="checkbox"/> Sin seguro médico <input type="checkbox"/> Medicaid/MaineCare Nro. de identificación	Marque todas las opciones que correspondan <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Cobertura del seguro insuficiente <input type="checkbox"/> Seguro privado Nombre de la compañía _____ Nro. de identificación _____ Nro. de grupo _____	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario/X <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Prefiero no revelarlo <input type="checkbox"/> Otro _____		
Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra raza	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/No latino		
Dirección:	Ciudad/Código postal:	Número de teléfono:		

<i>Responda las siguientes preguntas sobre <u>la persona mencionada arriba</u>.</i>	Sí	No	No sé
1. ¿El niño está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El niño tiene alergias a medicamentos, a alimentos, a algún componente de la vacuna o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El niño ha tenido una reacción alérgica grave a alguna vacuna antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿El niño presenta un problema de salud de larga duración con una enfermedad pulmonar, cardíaca, renal o metabólica (por ejemplo, diabetes); tiene asma o un trastorno sanguíneo; no tiene bazo; tiene una deficiencia de proteínas del complemento, un implante coclear o una fuga del líquido cefalorraquídeo? ¿Sigue una terapia de largo plazo con aspirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿El niño, un hermano o un padre ha tenido convulsiones; el niño ha tenido problemas en el cerebro u otros problemas en el sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿El niño tiene cáncer, leucemia, VIH o sida, o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El niño tiene algún padre, hermano o alguna hermana con problemas del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En los últimos 3 meses, ¿el niño tomó medicamentos que afectan el sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, medicamentos para el tratamiento de artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o soriasis; o realizó un tratamiento con radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En el último año, ¿el niño ha recibido una transfusión de sangre o hemoderivados, o se le ha administrado inmunoglobulina (gammaglobulina) o un medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Esta niña o adolescente está embarazada o hay alguna posibilidad de que lo esté durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿El niño se ha vacunado en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El niño antes mencionado puede recibir y recibirá la(s) siguiente(s) vacuna(s):	
<input type="checkbox"/> Revise los antecedentes de mi hijo y adminístrele la(s) vacuna(s) que necesite	
<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Antimeningocócica conjugada (MenACWY)
<input type="checkbox"/> DTap/Tdap (difteria, tétanos, tos ferina)	<input type="checkbox"/> MMR (sarampión, paperas y rubéola)
<input type="checkbox"/> Gripe (influenza)	<input type="checkbox"/> PCV13 (vacuna conjugada contra el neumococo)
<input type="checkbox"/> Hep A (hepatitis A)	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Hep B (hepatitis B)	<input type="checkbox"/> PPSV23 (vacuna neumocócica polisacárida)
<input type="checkbox"/> Hib (Haemophilus influenza tipo b)	<input type="checkbox"/> Rotavirus
<input type="checkbox"/> Virus del Papiloma Humano (HPV)	<input type="checkbox"/> Varicela
<input type="checkbox"/> Vacuna meningocócica B	<input type="checkbox"/> Otra: _____

¿Trajo el registro de vacunación de su hijo? Sí No

Si la respuesta es sí, entréguesela a la persona que revisa este formulario. Se le proporcionará un registro de las vacunas que reciba hoy.

Dar vuelta a la página y completar el otro lado 

<SCHOOL NAME>

<SCHOOL YEAR>

NPI: _____

EXAMEN DE SALUD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO

Responda las siguientes preguntas sobre la persona que se va a vacunar.

MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES CASILLAS:

- Se pueden administrar las vacunas de mi hijo si no estoy presente
- Solo se pueden administrar las vacunas de mi hijo si estoy presente

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN

- Me han ofrecido una copia de la anterior Declaración de Información de la(s) vacuna(s) (VIS, por sus siglas en inglés). He leído, me han explicado y comprendo la información en la VIS.
- Comprendo que se ingresará un registro de esta vacunación en el Sistema de Información de Inmunización de Maine, ImmPact.
- Comprendo que a la persona que reciba la vacunación se le recomienda permanecer en el sitio durante, al menos, 15 minutos hoy después de vacunarse.
- Doy mi permiso para que se use la información para facturar a MaineCare o a un seguro privado por el costo de administración de la vacuna.
- Doy mi permiso para que me administren las vacunas indicadas arriba o se las administren a la persona antes mencionada, en nombre de quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.

▶ _____ Fecha: _____ Relación con el niño _____

Firma del padre o tutor legal

▶ _____ Fecha: _____

Firma del intérprete

FOR CLINICAL USE ONLY

Documentation Information							
Clinic Site:			District:		Administrator Name:		
Patient Name:			Patient DOB:				
Vaccine	Dose	Extremity	Site	Route	VIS Date	Manufacturer & Lot #	Expiration Date
COVID-19	Pfizer: 0.3mL Moderna: 0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
DTap/Tdap	0.5 mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Haemophilus influenzae type b (Hib)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Hepatitis A (HepA)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Hepatitis B (HepB)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Human papillomavirus (HPV)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Flu, inactivated (IIV)	0.25 mL 0.5mL	Right Left	Forearm Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Flu, (live attenuated) (LAIV4)	0.2mL (0.1mL per nostril)	Left nare Right nare	Bilateral Nares	Intranasal Spray			
Measles, mumps, rubella (MMR)	0.5 mL	Right Left	Posterior tricep Vastus Lateralis	SC			
Meningococcal serogroups ACWY (MenACWY)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Meningococcal B (MenB)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Pneumococcal 13-valent conjugate (PCV13)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Pneumococcal 23-valent polysaccharide (PPSV23)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Posterior tricep Vastus Lateralis	IM SC			
Polio (IPV)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Posterior tricep Vastus Lateralis	IM SC			
Rotavirus (RV1) (RV5)	Rotarix 1.0mL Rotateq 2.0mL	By mouth	Mouth	Oral			
Varicella (VAR)	0.5mL	Right Left	Upper Arm Vastus Lateralis	SC			
State-Supplied Vaccine						<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

X _____
Signature and Credentials of Vaccine Administrator

Date