**Formulario de Administración de Vacunas VFC de Nuevo México**

Favor complete el formulario a cabalidad – los campos requeridos están marcados con un asterisco (\*)

Actualizado: Julio de 2020

# Por favor ofrezca la información de la persona a recibir las vacunas- escriba todo en mayúsculas.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*Apellido**: | | **\*Nombre:** | | | **Inicial:** |
| \***Fecha de Nacimiento**:  Mes / Día / Año | **\*Nombre de Soltera de la Madre:** | | **\*Nombre de la Madre:** | | |
| \***Dirección Postal**: | \***Ciudad:** | | | \***Estado**: NM  **\*Código Postal:** | |
| \***Num. de Teléfono Celular**: | \***Num. de Teléfono del Hogar:** | | **Correo Electrónico:** | | |
| \***Sexo:**  Masculino  Femenino | **Raza:** Afro-Americano Asiático Blanco  Nativo Americano/Nativo de Alaska Otra | | **Etnicidad**:  Hispano  No-Hispano | | |

* **Recuérdeme:** Autorizo a recibir recordatorios de vacunaciones por correo electrónico, texto, teléfono, o correo para la persona recibiendo las vacunas.

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO – Favor marque la categoría apropiada – REQUERIDO\***

* Medicaid**: Seleccione su Plan de Centennial Care:**  Blue Cross Blue Shield  Western Sky Community Care  Presbyterian  Otro

Centennial Care (Medicaid) # ID Carné: # de Miembro del Seguro Médico: # Grupo:

* No Asegurado  Indio Americano/Nativo Americano/Nativo de Alaska
* Seguro Privado – Nombre del Seguro:

Número de Miembro del Seguro/ # Abonado: # Grupo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CUESTIONARIO MÉDICO PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES – REQUERIDO\*** | | | |
| **Para padres/guardianes:** Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas serán administradas hoy. Si usted contesta “**Sí**” a cualquiera de las preguntas, no significa necesariamente que su niño/a no será vacunado/a. Solo significa que se le harán preguntas adicionales. Si la pregunta no está clara, pida a su proveedor del cuidado de la salud que se la explique. | **Sí** | **No** | **No se** |
| 1. ¿Está su niño/a enfermo/a hoy? |  |  |  |
| 2. ¿Tiene su niño/a alergias a medicamentos, alimentos, componentes en vacunas, látex? |  |  |  |
| 3. ¿En el pasado, ha tenido su niño/a reacciones severas a vacunas? |  |  |  |
| 4. ¿Ha tenido su niño/a algún problema de salud con los pulmones, corazón, riñones, o enfermedad metabólica (p.ej. diabetes), asma, o desorden sanguíneo? ¿Se encuentra su niño/a en terapia de aspirina a largo plazo? |  |  |  |
| 5. Si el/la niño/a a vacunarse está entre los 2 y 4 años de edad, ¿le informó su proveedor del cuidado de la salud que el/la niño/a ha tenido silbidos o asma en los pasados 12 meses? |  |  |  |
| 6. Si su niño/a es un/a bebé, ¿le han dicho alguna vez que ha padecido de intususcepción? |  |  |  |
| 7. ¿Ha tenido el/a la niño/a, hermanos o padres convulsiones; ha tenido el/la niño/a problemas del sistema nervioso o del cerebro? |  |  |  |
| 8. ¿Ha tenido el/la niño/a o algún familiar cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o problemas del sistema inmunológico? |  |  |  |
| 9. En los pasados 3 meses, ¿ha tomado el/la niño/a medicamentos que afecten el sistema inmune tales como prednisona, otros esteroides, o drogas contra el cáncer; drogas para el tratamiento de artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o psoriasis; o ha recibido tratamientos de radiación? |  |  |  |
| 10. En el pasado, ha recibido su niño/a una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o se le ha dado (gamma) globulina inmune o alguna droga antiviral? |  |  |  |
| 11. ¿Está su niña/adolescente embarazada o hay posibilidad de quedar embarazada dentro del próximo mes? |  |  |  |
| 12. Día del último período menstrual: Fecha:  **N/A** |  |  |  |
| 13. ¿Ha recibido su niño/a vacunas en las pasadas 4 semanas? |  |  |  |
| 14. Listado de medicamentos actuales: | | | |
|  | | | |
| **AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN\*** | | | |
| He recibido y he leído, o se me ha explicado, la información en la “Declaración de Información de Vacunación (*VIS*)”, para la(s) enfermedad(es) y las vacunas marcadas en la siguiente página. He tenido tiempo para hacer preguntas las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas solicitadas y también entiendo que tengo la alternativa de negar las vacunas. Solicito que las vacunas firmadas me sean administradas o a la persona nombrada por la cual estoy autorizando esta solicitud. | | | |
| **\*Firma (Cliente/Guardián): \*Fecha:**  **\*Nombre en letra de molde (Cliente/Guardián):**  **\*Nombre del Niño/a (si es menor): \*Fecha de Nacimiento:** | | | |

DIRECT NMSIIS ENTRY OF VACCINES ADMINISTERED IS REQUIRED.

FOR NM DOH OUTREACH ONLY: Data must be entered into TransactRx within 30 days of the date of service.

# Patient Name: Date of Birth:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARA USO ÚNICO DE LA CLÍNICA**– All data elements below are required for each vaccine administered\* | | | | | | |
| **Vaccine** | **Vaccine Admin.**  **Date** | **Lot #** | **Site/ Route**  **(codes below)** | **Vaccine Expiration Date** | **Funding**  **(VFC/State)** | **VIS Edition Date** |
| **Influenza**   * Fluzone (49281-0420-50) * Fluzone (49281-0633-15) * Flulaval (19515-0816-52) * FluMist (66019-0307-10) * Afluria (33332-0220-20) * Flucelvax (70461-0320-03) | **/ /** |  |  | **/ /** |  | **/ /** |

**RA/IM** (Right Arm/Intramuscular) **LA/IM** (Left Arm/Intramuscular) **RT/IM** (Right Thigh/Intramuscular) **LT/IM** (Left Thigh/Intramuscular) **IN** (Intranasal)

**RA/SC** (Right Arm/Subcutaneous) **LA/SC** (Left Arm/Subcutaneous) **RT/SC** (Right Thigh/Subcutaneous) **LT/SC** (Left Thigh/Subcutaneous) **PO** (By Mouth)

**\*VACCINATOR:**

(**Print Name & Title) (Signature) (Date of Clinic) (Date VIS given) (VFC PIN #)**

**\*Address/location of vaccine given: Did this vaccination occur at an off-site/outreach clinic?**  Yes  No

This form was designed for NM DOH public health offices use only. NM DOH is not responsible for data entry from outside health entities.