

Por favor llene completamente- campos requeridos están marcados con un asterisco (*)

*Apellido Legal del Estudiante:		*Nombre:		Inicial:	
*FDN: _____ Edad: _____ Mes/ Día / Año		*Apellido de Soltera de la Madre:		*Nombre de la Madre:	
*Dirección Postal:		*Ciudad:		*Estado: NM *Zip:	
*Teléfono Diurno:		* #ID Estudiante: _____ * Grado: _____		*Escuela: _____ *Maestra/o: _____	
*Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Raza: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra		Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	

Recordar: Autorizo a recibir recordatorios por email, texto, teléfono, o correo para la persona recibiendo la vacuna.

INFORMACIÓN DEL SEGURO – Por favor marque la categoría apropiada – REQUERIDA*

Centennial Care/Medicaid:

Seleccione su Plan Centennial Care: Blue Cross Blue Shield Presbyterian Western Sky Community Care Otro _____

Tarjeta ID Centennial Care (Medicaid): _____ # ID Miembro del Seguro Médico: _____ # Grupo: _____

Mi niño tiene seguro médico privado o comercial.

Mi niño no tiene seguro médico.

SELECCIONE LA(S) VACUNA(S) QUE USTED DESEA QUE SU NIÑO/A RECIBA EN LA ESCUELA:

- VPH (recomendadas 2 a 3 dosis basadas en la edad)
- Antimeningococo (requerida para entrar al 7° grado a la edad de 11-12 años; refuerzo a los 16-17; se recomienda MenACWY a los 13-18 años)
- Tdap (requerida para entrar al 7° grado) Otra vacuna (si se ofrece): _____

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN MÉDICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES- REQUERIDA*

Para padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar las vacunas que su niño recibirá hoy. Si usted contesta "sí" a cualquiera de las preguntas, no significa que su niño no debe ser vacunado. Sólo significa que se podrían hacer preguntas adicionales. Si la pregunta no está clara, pídale a su proveedor del cuidado de la salud que se la aclare.	Sí	No	No sé
1. ¿Está su niño enfermo hoy?			
2. ¿Tiene su niño alergias a medicamentos, alimentos, un componente en una vacuna, o látex?			
3. ¿En el pasado, ha tenido su niño alguna reacción severa a una vacuna?			
4. ¿Ha tenido el niño algún problema con los pulmones, corazón, riñones, o enfermedad metabólica (p.ej. diabetes), asma, o desorden en la sangre? ¿Está el niño en terapia a largo plazo con aspirina?			
5. ¿Ha tenido el niño, hermano, o padres, convulsiones; ha tenido el niño problemas con el cerebro o sistema nervioso?			
6. ¿Ha tenido el niño o un miembro familiar cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o cualquier otro problema con el sistema inmune?			
7. En los pasados 3 meses, ¿ha tomado el niño medicamentos que afecten el sistema inmune, como prednisona, otros esteroides, o drogas anti-cáncer; drogas para el tratamiento de artritis reumática, enfermedad de Crohn, o psoriasis; o ha tenido tratamientos de radiación?			
8. En el pasado año, ha recibido el niño transfusiones de sangre o productos sanguíneos, o inmunoglobulina (gamma) o una droga antiviral?			
9. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?			
10. ¿Ha recibido el niño vacunas en los últimos 4 meses?			

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN*

He leído o se me ha explicado la información en la Declaración de Información de Vacunas (VIS) para las enfermedades y vacunas que he seleccionado para mi niño en esta carta adjunta. Entiendo los beneficios y riesgos de cada vacuna y autorizo que las vacunas que he seleccionado sean administradas al niño arriba mencionado. Entiendo que algunas vacunas son dadas en serie en un período de tiempo y firmando esta forma autorizo a todas las dosis para completar la serie. **Contactaré a la enfermera escolar para negar mi consentimiento para que mi niño sea vacunado antes de la fecha de la clínica escolar o por cualquier razón.** A menos que firme una declaración diciendo lo contrario, autorizaré que la información de vacunación sea entrada en el Sistema Estatal de Información de Inmunización de Nuevo México (NMSIIS) y sea liberada a otros proveedores del cuidado de la salud para evitar vacunaciones innecesarias o para cerciorarse del estado de vacunación. La Política de Privacidad DOH puede ser encontrada en <https://nmhealth.org/help/privacyamd> y será ofrecida a todos los estudiantes al momento de ser vacunados.

*Firma (Cliente/Tutor): _____ *Fecha: _____

*Nombre en Letra de Molde (Cliente/Tutor): _____

*Nombre del Niño (si es menor): _____ *FDN: _____

ENTRADA DIRECTA DE VACUNAS ADMINISTRADAS A NMSIIS ES REQUERIDA dentro de los 10 días de haber sido administradas.

Esta forma fue diseñada para el uso único de las oficinas de salud pública NM DOH y sus programas. NM DOH no es responsable de la entrada de datos o administración de vacunas de entidades de salud externas y expresa no tener responsabilidad por cualquier error asociado como resultado de la utilización de esta forma.

Nombre Estudiante: _____ FDN: ____/____/____ Fecha de Vacunación: ____/____/____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CLÍNICA- Toda la data debajo es requerida para cada vacuna administrada*					
Vacuna	Lote #	Sitio/ Ruta (códigos abajo)	Fecha Exp. de la Vacuna	Fondos (VFC/Estado)	Fecha Edición VIS
DTAP <input type="checkbox"/> Daptacel (SP) <input type="checkbox"/> Infanrix (GSK)			/ /		/ /
DTaP/IPV/Hib <input type="checkbox"/> Pentacel (SP)			/ /		/ /
DTaP/HepB/IPV <input type="checkbox"/> Pediarix (GSK)			/ /		/ /
DTaP/IPV <input type="checkbox"/> Kinrix (GSK) <input type="checkbox"/> Quadracel (SP)			/ /		/ /
HEP A <input type="checkbox"/> Havrix (GSK) <input type="checkbox"/> Vaqta (Merck)			/ /		/ /
HEP B <input type="checkbox"/> Engerix B (GSK) <input type="checkbox"/> Recombivax (Merck)			/ /		/ /
Hib <input type="checkbox"/> ActHIB (SP) <input type="checkbox"/> PedvaxHIB (Merck)			/ /		/ /
HPV <input type="checkbox"/> Gardasil 9 (Merck)			/ /		/ /
Influenza <input type="checkbox"/> Flucelvax (Seqirus) <input type="checkbox"/> Fluzone (.25ml/.5ml) (SP) <input type="checkbox"/> Flulaval (GSK) <input type="checkbox"/> Other _____			/ /		/ /
MCV4 <input type="checkbox"/> Menactra (SP) <input type="checkbox"/> Menveo (GSK)			/ /		/ /
Men B <input type="checkbox"/> Trumenba (Pfizer) <input type="checkbox"/> Bexsero (GSK)			/ /		/ /
MMR <input type="checkbox"/> MMR II (Merck)			/ /		/ /
MMRV <input type="checkbox"/> ProQuad (Merck)			/ /		/ /
PCV13 <input type="checkbox"/> Prevnar13 (Pfizer)			/ /		/ /
Polio (IPV) <input type="checkbox"/> IPOL (SP)			/ /		/ /
PPSV23 <input type="checkbox"/> Pneumovax 23 (Merck)			/ /		/ /
Rotavirus <input type="checkbox"/> Rotarix (GSK) <input type="checkbox"/> RotaTeq (Merck)			/ /		/ /
Td /Tdap <input type="checkbox"/> Tenivac (SP) <input type="checkbox"/> Boostrix (GSK)			/ /		/ /
Varicella <input type="checkbox"/> Varivax (Merck)			/ /		/ /
Otra:			/ /		/ /
Otra:			/ /		/ /

RA/IM (Brazo der./Intramuscular) LA/IM (Brazo izq./Intramuscular) RT/IM (Muslo der./Intramuscular) LT/IM (Muslo izq./Intramuscular) IN (Intranasal)
RA/SC (Brazo der./Subcutáneo) LA/SC (Brazo izq./Subcutáneo) RT/SC (Muslo der./Subcutáneo) LT/SC (Muslo izq./Subcutáneo) PO (Por Boca)

*VACUNADOR/A: _____
(Nombre letra de molde y Título) (Firma) (Fecha de la Clínica) (Fecha VIS entregada) (# Pin VFC)

*Fecha de Entrada NMSIIS: _____ Fecha de Entrada TransactRx (si aplica) _____