



Formulario de administración de vacunas VFC de Nuevo México

Favor de llenar el formulario completamente - Las casillas requeridas están marcadas con un asterisco (*)

Actualizado: 08/2022

Favor de proporcionar la información de la persona que recibirá la vacuna - Escriba en letras mayúsculas.

*Apellido:		*Nombre:		Inicial segundo nombre:
*Fecha de nacimiento: _____ mes / día / año		*Apellido materno:		*Nombre de la madre:
*Dirección postal:		*Ciudad:		*Estado: NM *Código postal:
*Teléfono móvil:		*Teléfono de casa:		Correo electrónico:
*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"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro		Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano

Recordatorio: Autorizo recibir recordatorios de vacunas por correo electrónico, texto, llamada telefónica o correo para la persona que recibe la vacuna.

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO - Por favor, marque la categoría apropiada - REQUISITO*

Medicaid: **Elija su plan Centennial Care:** Blue Cross Blue Shield Western Sky Community Care Presbyterian Otro
 # de identificación Centennial Care (Medicaid): _____ # de identificación del seguro médico: _____ # de grupo: _____

No tiene seguro médico Indio Americano/Nativo Americano/Nativo de Alaska

Seguro médico privado – Indique el nombre del seguro: _____
 # de identificación/suscriptor del seguro de médico: _____ # de grupo: _____

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN MÉDICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES - REQUISITO*

Para los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas puede recibir su hijo el día de hoy. Si responde "sí" a alguna pregunta, no significa necesariamente que su hijo no deba ser vacunado. Sólo significa que hay que hacer más preguntas. Si una pregunta no está clara, pida a su proveedor de atención médica que se la explique.	Sí	No	No sé
1. ¿Está enfermo el niño el día de hoy?			
2. ¿El niño ha dado positivo en la prueba de COVID-19 en los últimos 10 días?			
3. ¿Tiene el niño alergias a medicamentos, a alimentos, a algún componente de las vacunas o al látex? Favor de enlistar:			
4. ¿Ha tenido el niño una reacción grave a una vacuna en el pasado?			
5. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud con enfermedades pulmonares, cardíacas, renales o metabólicas (ej. diabetes), asma o algún trastorno sanguíneo? ¿Está recibiendo un tratamiento a largo plazo con aspirina?			
6. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años, ¿le ha dicho un proveedor de atención médica que el niño ha tenido silbidos o asma en los últimos 12 meses?			
7. Si su niño es un bebé, ¿le han dicho alguna vez que ha tenido una invaginación intestinal?			
8. ¿Ha tenido el niño, el hermano o los padres una convulsión? ¿Ha tenido el niño algún problema cerebral o del sistema nervioso?			
9. ¿El niño o algún miembro de la familia tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?			
10. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño medicamentos que afectan al sistema inmunitario, como prednisona otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido tratamientos de radiación?			
11. En el último año, ¿ha recibido el niño una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o se le ha administrado inmunoglobulina (gamma), anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia, o un medicamento antiviral?			
12. ¿Está la niña/adolescente embarazada o existe la posibilidad de que llegue a estarlo durante el próximo mes?			
13. Fecha de la última menstruación: _____ Fecha: _____ <input type="checkbox"/> N/A			
14. ¿Ha recibido el niño vacunas en las últimas 4 semanas?			
15. Lista actual de medicamentos: _____			

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN*

Se me ha dado y he leído, o me han explicado, la información de la(s) "Declaración de Información sobre Vacunas" (VIS) para la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) marcada(s) en el otro lado de esta hoja. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas solicitadas y también entiendo que tengo la alternativa de rechazar la(s) vacuna(s). Solicito que la(s) vacuna(s) firmada(s) me sea(n) administrada(s) a mí o a la persona nombrada para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud. A menos que firme una declaración que indique lo contrario, permito que la información de inmunización se ingrese en el Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nuevo México (NMSIIS) y se divulgue a otros proveedores de atención médica para evitar la vacunación innecesaria o para determinar el estado de inmunización. La póliza de privacidad revisada del DOH se encuentra en [HIPAAPrivacy Brochure \(nmhealth.org\)](http://HIPAAPrivacyBrochure(nmhealth.org)) y se proporcionará a todos los estudiantes cuando reciban una inmunización.

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

***Nombre impreso (Cliente/Tutor):** _____

***Nombre del niño (si es menor):** _____ ***Fecha de nacimiento:** _____

FOR NM DOH OUTREACH ONLY: Data must be entered into TransactRx within 30 days of the date of service. This form was designed for NMDOH public health use only. NMDOH is not responsible for data entry from outside health entities

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

SOLO PARA USO DE LA CLÍNICA - Se requieren todos los datos siguientes para cada vacuna administrada *

Vacuna	Fecha de admin. de la vacuna	# de lote	Sitio/ Vía (códigos abajo)	Fecha de caducidad de la vacuna	Fondos (VFC/Estado)	Fecha de edición VIS
COVID-19 <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer	/ /			/ /		/ /
Monkeypox <input type="checkbox"/> Jynneos	/ /			/ /		/ /
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) <input type="checkbox"/> Vaxelis (Merk)	/ /			/ /		/ /
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"/> Fluzone (.25ml/.5ml) (SP) <input type="checkbox"/> Flulaval (GSK) <input type="checkbox"/> FluMist (AstraZeneca)	/ /			/ /		/ /
MCV4 <input type="checkbox"/> Menveo (GSK) <input type="checkbox"/> MenQuadFi (SP)	/ /			/ /		/ /
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 <input type="checkbox"/> Tenivac (SP) <input type="checkbox"/> TdVax (G)	/ /			/ /		/ /
Tdap <input type="checkbox"/> Boostrix (GSK) <input type="checkbox"/> Adacel (SP)	/ /			/ /		/ /
Varicela <input type="checkbox"/> Varivax (Merck)	/ /			/ /		/ /

* Dirección/ubicación de la vacuna fue administrada: _____ ¿Esta vacunación se llevó a cabo en una clínica externa/de alcance? SI NO

RA/IM (Brazo derecho/Intramuscular) LA/IM (Brazo izq./Intramuscular) RT/IM (Muslo derecho/Intramuscular) LT/IM (Muslo izq./Intramuscular) IN (Intranasal)

RA/SC (Brazo derecho/Subcutáneo) LA/SC (Brazo izq./Subcutáneo) RT/SC (Muslo derecho/ Subcutáneo) LT/SC (Muslo izq./Subcutáneo) PO (oral)

*VACUNADOR: _____

(Nombre y título impreso)

(Firma)

(Fecha de la clínica)

(Fecha que se dio VIS)

(# PIN VFC)