



Formulario de Administración de Vacunas VFC de Nuevo México

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

Actualizado: Enero de 2019

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: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Raza: <input type="checkbox"/> Afro-Americano <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

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: _____

QUESTIONARIO MÉDICO PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES – REQUERIDO*

Para padres/guardianes: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas serán administradas hoy. Si usted contesta "S" 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: _____ <input type="checkbox"/> 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:** _____

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
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"/> RotaTaq (Merck)	/ /			/ /		/ /
Td <input type="checkbox"/> Tenvirac (SP)	/ /			/ /		/ /
Tdap <input type="checkbox"/> Boostrix (GSK)	/ /			/ /		/ /
Varicella <input type="checkbox"/> Varivax (Merck)	/ /			/ /		/ /
Other:	/ /			/ /		/ /

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