

APACHE COUNTY PUBLIC HEALTH SERVICES
CONSENTIMIENTO PARA LA INMUNIZACIÓN

Por favor escriba

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha Nacimiento	varón; o hembra
Apartado de correos o dirección que envía		Cuidad	Cod Postal	
Telefono		correo electronico		
Padre/Guardian				

Compruebe el que se aplica:

- No** tiene seguro medico;
- Esta inscrito en **KidsCare**, (copia de la tarjeta o llene la parte de abajo);
Programa _____ **#** _____
- Esta inscrito en **AHCCCS**, (copia de la tarjeta o llene la parte de abajo);
Programa _____ **#** _____
- Su seguro medico, (copia de la tarjeta por los dos lados o llene la parte de abajo);
Proveedor de aseguranza _____ **ID#** _____ **GRP#** _____
- Es **Indio Americano o Nativo de Alaska**

He recibido una copia de la declaración vacínea de la información (VIS) para el disease(s) y el vaccine(s) comprobados abajo. Creo que entiendo las ventajas y los riesgos del vaccine(s) y que autorizo la vacunación esté dado al niño nombrado arriba para quién soy el padre o el guarda.

Firma: _____ -
Fecha: _____

Acuerdo lanzar la información sobre todas las vacunaciones dadas a mi niño el sistema de la inmunización del estado del Arizona (ASIIS), a otros abastecedores del cuidado médico y escuelas para evitar de recibir vacunaciones innecesarias y proporcionar la información sobre se han recibido qué inmunizaciones. Entiendo que me no requieren acordar el lanzamiento de esta información para recibir las vacunaciones que solicito.

Si no deseo este expediente que se incluirá en ASIIS, tengo la opción de cruzarse fuera de la declaración antedicha y de firmarla con iniciales. _____

Por favor llene la parte de atrás

No escriba abajo de esta linea.

Unicamente para el departamento de salud.						
Date	INFLUENZA	TIV FluMist	Manf.	Lot #	Route LD RD Nasal	Vaccine Administrator

Cuestionario de selección

Para los padres/los guardas: Las preguntas siguientes nos ayudarán a determinarnos qué vacunas puede ser dado su niño hoy. Si usted contesta sí a cualquier pregunta, no significa necesariamente que su niño no debe ser vacunado. Las preguntas adicionales de los medios justos debe ser pedido.

	Si	No	No Sabe
1. ¿La persona tiene alergias a los medicamentos, al alimento, o a vacuna? enumera por favor _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿La persona ha tenido una reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿La persona que van a vacunar tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedad cardíaca, enfermedad de la pulmón, asma, enfermedad del riñón, la enfermedad metabólica (e.g., diabetes), la anemia, u otros desórdenes de la sangre? Sí, circunde por favor el que se aplica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿La persona que van a vacunar tiene un sistema inmune debilitado debido a HIV/AIDS u otra enfermedad que afecte el sistema inmune, el tratamiento a largo plazo con las drogas tales como esteroides, o el tratamiento del cáncer con las radiografías o las drogas? Sí, circunde por favor el que se aplica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿La persona que se vacunará esta recibiendo terapia de la aspirina o aspirina-conteniendo terapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿La persona que se vacunará tiene riesgo de quedar embarazada en el próximo mes? ¿Cuándo fue el primer día de su último periodo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿La persona que se vacunará ha tenido siempre síndrome de Guillain-Barré??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿La persona que se va a vacunar espera tener contacto cercano con una persona que tiene sistema inmune se comprometa seriamente y que deba estar en un ambiente protector (tal como adentro un cuarto del hospital con flujo de aire reverso)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿La persona que se vacunará ha recibió una transfusión de la sangre o de los productos de la sangre, o se ha dado una medicina llamó la globulina (gamma) inmune en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿La persona que se vacunará ha recibido vacunaciones en las últimas 4 semanas? enumera por favor _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario llenado por: _____ Fecha: _____