



Registro de Administración de Vacunas y Consentimiento de su Información para Viajeros

Viaja a: _____

(Escriba si lo sabe todos los destinos, incluyendo Ciudades y Regiones)

Día que viajará: _____ Cuánto tiempo permanecerá: _____

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad: _____

Apellido Nombre

¿Necesita un intérprete? Sí No Lenguaje de preferencia: _____

¿Necesita intérprete de lenguaje de señas? Sí No

Reconozco que se me ha facilitado una copia del "aviso de práctica de privacidad" _____ (Iniciales)

Sólo para emergencias: (Una emergencia puede ser desmayo, accidente o la necesidad de ser llevada a un hospital.

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

VFC Elegibilidad (Solo para la oficinista):

Not Eligible No Insurance Underinsured Native American or Alaskan Native NV Medicaid NV Check-Up

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar las vacunas que se pueden administrar hoy.

Si no entiende alguna pregunta, pídale a la enfermera que se la explique.

LA PERSONA QUE RECIBIRÁ LA VACUNA:	Sí	No	No Se
1. ¿Está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico al látex, a algún medicamento, alimento o a alguna vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción severa después de recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido algún problema de salud relacionado con los pulmones, el corazón, el riñón, una enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), asma o algún trastorno de la sangre? ¿Recibe un tratamiento a base de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Si su niño tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿durante los últimos 12 meses, le ha indicado un proveedor de servicios de salud que él presenta silbidos o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sido diagnosticado con cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema Inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Está tomando cortisona, prednisona, algún otro esteroide, medicamentos anti-cáncer o tratamientos con rayos X?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o productos derivados de la sangre, o ha recibido un medicamento llamado immune (gama) globulina en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido convulsiones o problemas del cerebro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se ha vacunado o sometido a algún examen cutáneo en las últimas cuatro (4) semanas o le han indicado realizarse un examen cutáneo para detectar tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para niñas/mujeres mayores de 9 años:			
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está tratando de quedar embarazada en los próximos 28 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Le han aconsejado evitar embarazo dentro de los próximos 28 días: Inicial de enfermera ____/ Inicial de cliente ____			

Consentimiento de su Información: He leído o se me ha explicado la información contenida en la Declaración(s) de Información de Vacunas acerca de la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s). He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y pido que la(s) vacuna(s) indicada(s) al reverso se me aplique(n) o se le aplique(n) a la persona nombrada arriba por la cual estoy autorizado para hacer esta solicitud.

FIRME AQUÍ.: _____

Paciente (Mayores de 18 años) Tutor

Fecha _____

Sólo para uso Interno del Personal	Iniciales de la Enfermera	Iniciales del Paciente
1. He revisado en la página de internet de CDC (por sus siglas en inglés) importante información para viajeros y sus destinos.		
2. He revisado los requerimientos y/o recomendaciones de vacunas para viajeros con el paciente y: a) Informé al paciente de los requerimientos y recomendaciones de vacunas para viajeros. b) Informé al paciente de los requerimientos y recomendaciones de las vacunas que requieren seguimiento con su proveedor de salud primario o especialista en medicina para viajeros. c) Informé al paciente de que podían elegir ponerse las vacunas recomendadas para viajeros con su proveedor de salud primario, especialista en medicina para viajeros o Distrito de Salud del Sur de Nevada (SNHD por sus siglas en Inglés).		
3. Informé al paciente que SNHD no provee los siguientes servicios: recetas para malaria, diarrea, enfermedad de la altura, vacuna oral de tífus, carta para exención para la fiebre amarilla, otros servicios médicos necesarios o exámenes de sangre para determinar inmunidad. Si necesita algunos de estos servicios el paciente deberá dar seguimiento con su proveedor de salud primario o especialista en medicina para viajeros.		
4. El paciente solicitó las siguientes vacunas _____		

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
 Apellido Nombre Mes Día Año

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA							
Vaccine	Date Given	Dose #	Mfg & Lot #	Site	Route	VIS Date	Administered by (Name/Title)
DTaP				LA RA LT RT	IM	08-24-18	
DT				LA RA LT RT	IM	08-24-18	
Td				LA RA LT RT	IM	04-11-17	
Tdap				LA RA LT RT	IM	02-24-15	
IPV				LA RA LT RT	IM SQ	07-20-16	
HIB				LA RA LT RT	IM	04-02-15	
MMR				LA RA LT RT	SQ	02-12-18	
Varicella				LA RA LT RT	SQ	02-12-18	
MMRV				LA RA LT RT	SQ	02-12-18	
Hep A				LA RA LT RT	IM	07-20-16	
Hep B				LA RA LT RT	IM	10-12-18	
Hep A-Hep B Twinrix				LA RA LT RT	IM	07-20-16	
MenACWY				LA RA LT RT	IM	08-24-18	
MenB				LA RA LT RT	IM	08-09-16	
PCV13				LA RA LT RT	IM	11-05-15	
DTaP-IPV				LA RA LT RT	IM	08-24-18 07-20-16	
DtaP-IPV/HIB Pentacel				LA RA LT RT	IM	08-24-17 07-20-16 04-02-15	
DTaP-IPV-Hep B Pediarix				LA RA LT RT	IM	08-24-18 07-20-16 07-20-16	
PPSV23 Pneumovax				LA RA LT RT	IM SQ	10-30-19	
Rabies				LA RA LT RT	IM	10-06-09	
Rotavirus				ORAL	PO	02-23-18	
Flu				LA RA LT RT	IM IN	08-15-19	
Shingles				LA RA LT RT	IM	10-30-19	
HPV				LA RA LT RT	IM	12-02-16	
Cholera				ORAL	PO	07-06-17	
Typhoid				LA RA	IM	05-29-12	
Yellow Fever				LA RA	SQ	03-30-11	
Japanese Enceph				LA RA LT RT	IM	01-24-14	
NB Screening							
Multi-Vaccine VIS						11-05-15	

Record # _____ Return Date: _____ VIS Given _____
 Clerk _____ Clinician _____

Clinic Location: Main ELV Hend Mesquite Employee Health Other _____

Reviewed by _____ RN / LPN Date: _____