



Formulario de Administración de Vacunas VFC de Nuevo México

Favor complete el formulario a cabalidad – los campos requeridos están marcados con un asterisco (*)
Actualizado: Julio de 2020

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: _____

CUESTIONARIO MÉDICO PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES – REQUERIDO*

Para padres/guardianes: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas serán administradas hoy. Si usted contesta "Sí" 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/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
Influenza <input type="checkbox"/> Fluzone (49281-0420-50) <input type="checkbox"/> Fluzone (49281-0633-15) <input type="checkbox"/> Flulaval (19515-0816-52) <input type="checkbox"/> FluMist (66019-0307-10) <input type="checkbox"/> Afluria (33332-0220-20) <input type="checkbox"/> Flucelvax (70461-0320-03)	/ /			/ /		/ /

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

This form was designed for NM DOH public health offices use only. NM DOH is not responsible for data entry from outside health entities.