

GREATER NEW ORLEANS
IMMUNIZATION
NETWORK

Patient ID #

--

Paciente:

Primer Nombre:	
Segundo Nombre:	
Apellido:	
Fecha de Nacimiento:	
Sexo:	
Edad:	

Raza: Hispanico

Medico: _____

Paciente es elegible para el programa de VFC si el/ella es:

Informacion de familia y direccion de vivir:

Primer nombre de guardian:	
Apellido de guardian:	
Fecha de Nacimiento del guardian:	
Relacion con el paciente:	
Apellido soltera de la madre:	
Direccion:	
Ciudad:	
Codigo postal:	
Numero telefonico:	
Direccion del correo electronico:	

Recipiente de Medicaid en Louisiana

No tiene seguro medico privado que cubre vacunas

Indio Americano/ Nativo de Alaska

de seguro social del paciente:

--	--	--

Estado:

--

--

REGISTRO DE ADMINISTRACION Y AUTORIZACION DE REGISTRO

Estoy de acuerdo en permitir que la informacion sobre todas las vacunas que me han dada, o la persona por quien yo estoy autorizado a consentir ser puesto en libertad a otros proveedores de servicios medicos, escuelas, guarderias o centros de head start para evitar la administracion innecesaria de vacunas y para determinar el estado de inmunizacion. Entiendo que esto se mantendra en efecto hasta que se cancele por mi en escritura. Doy consentimiento para la administracion de las vacunas indicadas. Yo reconozco que he recibido y revisado la informacion de los CDC sobre los riesgos y beneficios de la inmunizacion y han permitido hacer preguntas y han tenido una respuesta satisfactoria a mis preguntas.

El cuidado de Ronald McDonald moviles es posible gracias a una subvencion para la Fundacion Infantil Ronald McDonald Inc. (RMHC), una organizacion sin fines de lucro, corporacion de beneficencia exenta de impuestos. RMHC no tiene responsabilidad o responsabilidad por el funcionamiento de el Ronald McDonald movil o cualquiera del as actividades medicas o dentales dado por adentro.

POR FAVOR
llene los dos lados

Si No No se

1. Tiene el niño o niña problemas de salud, ahora o en el pasado? si contesta si, de una explicacion: _____

2. Tiene el niño o niña alergias a las vacunas, medicamentos, el timerosal, gentamicina, gelatina, levadura de panaderia, huevos o productos de huevo?

3. Ha tenido su niño o niña una reaccion seria a una vacuna en el pasado?

4. Padece su niño o niña de cancer, leucemia, SIDA, o cual quier otra sistema inmunologico?

5. Ha tomado cortisona, predisona o otros esteroides, medicamentos contra el cancer, o tratamientos de radicion en los ultimos tres meses?

6. Ha recibido su niño o niña transfusiones de sangre o derivados de la sangre o se le ha administrado la medicina immuno globulinas en el utlima ano?

7. Esta la niña o adolescente embarazada o en riesgo de quedar embarazada en en el proximo mes?

8. Ha tenido el niño o niña varicela?

9. Ha recibido el niño o niña la vacuna contra la varicela?

10. Ha recibido el niño o niña alguna vacuna en las ultimas quatro semanas?

11. Ha tenido su hijo o hija el sindrome de Guillain-Barre?

12. Haga una lista de los medicamentas actuales:

13. Hay alguna vacuna que a usted **NO** le gustaria que su Niño/Niña reciba? Si la repuesta es si, profavor indique: _____

Firma del padre o tutor:

Fecha



DTaP / Td / TDaP Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	IPV Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	MMR Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	HIB Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	KINRIX Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5
---	--	--	--	---

HBV Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	HAV Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	VARICELLA Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	PENTACEL Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	RV Oral Dose 1 2 3 4 5
--	--	--	---	--

HPV Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	PCV-13 Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	PEDIARIX Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	MCV4 Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5
--	---	---	---	--

FOR CLINIC USE ONLY

I certify that the Vaccine Information Statement(s) for vaccine(s) administered above were presented to the person or parent/guardian named above, at the clinic and on the date shown here.

**Signature and title of the
Vaccine Administrator** _____

Clinic: _____ **Date:** _____