

Registro para la Clínica Escolar de Vacunación

Nombre de la escuela: _____

Nombre del profesor: _____

Información del paciente

Apellido: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Sexo legal:

 Masculino

 Femenino

Idioma preferido: _____

Información del padre/madre/tutor

Apellido: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Seguro

 No aplica: no cuenta con cobertura de Seguro médico

Seguro médico
Nombre de la compañía de seguros o Medicaid:
Nombre del titular de la póliza:
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:
Numero de identificación de la póliza o de Medicaid:
Numero de grupo (si corresponde):

Las Clínicas Escolares de Vacunación siguen las recomendaciones de los CDC. A continuación se muestran las inmunizaciones recomendadas para niños en edad escolar que su hijo puede recibir si le corresponden. Por favor seleccione "sí" o "no" para aquellas que usted desea (o no desea) que su hijo reciba:

DTaP	Sí	No	MMR	Sí	No	Polio	Sí	No	Tdap	Sí	No
Varicella	Sí	No	Men ACWY	Sí	No	Hep A	Sí	No	Hep B	Sí	No

- Si tiene preguntas sobre inmunizaciones y desea consultar directamente con una enfermera, por favor llame a nuestra línea de vacunas al 208-321-2229.

Por favor lea y firme abajo para indicar su consentimiento

- Las *Declaraciones de Información sobre Vacunas (VIS)* son hojas informativas producidas por los CDC que explican tanto los beneficios como los riesgos de cada vacuna para los receptores. Se pueden encontrar [en cdc.gov/vaccines/hcp/vis](http://en.cdc.gov/vaccines/hcp/vis).
- La participación en el Sistema de Información de Recordatorios de Inmunización de Idaho (IRIS) y la retirada del mismo es voluntaria. Puedo llamar al Programa de Inmunización de Idaho al 208-334-5931 para optar por no participar o retirarme. Si no opto por no participar en IRIS por escrito, mis registros de inmunización se almacenarán en el registro.
- Reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar el formulario de Consentimiento para Servicios, accesible mediante el código QR proporcionado. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para recibir servicios de acuerdo con estas políticas.
- Si en esta clínica están ofreciendo la vacuna contra la gripe, me gustaría que mi hijo la reciba. Sí No
- Al firmar a continuación, doy permiso para que mi hijo reciba su vacuna contra la gripe sin la presencia de un padre / tutor legal.



Consentimiento
para Servicios

Nombre completo del paciente dependiente _____

Firma del padre, la madre o tutor _____

Fecha _____

Ada & Boise County

707 N. Armstrong Pl. Boise, ID 83704
208-375-5211

Elmore County

520 E. 8th N. Mountain Home, ID 83647
208-587-4407

Valley County

703 1st St. McCall, ID 83638
208-634-7194

Lista de verificación de contradicciones de las vacunas para niños y adolescentes

Para padres/tutores: las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy a su hijo. Si responde "sí" a alguna pregunta, no significa necesariamente que su hijo no deba vacunarse. Solo significa que se deben hacer otras preguntas. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

	sí	no	no sé
1. ¿El niño está enfermo hoy?			
2. ¿El niño tiene alergias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o látex?			
3. ¿El niño ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado?			
4. ¿El niño tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedades cardíacas, pulmonares (incluida asma), renales, hepáticas, del sistema nervioso o metabólicas (p. ej., diabetes), un trastorno de la sangre, ausencia de bazo, implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está tomando regularmente aspirina o medicamento con salicilato?			
5. Para niños de 2 a 4 años: ¿Le ha dicho un proveedor de atención médica que el niño ha tenido sibilancias o asma en los últimos 12 meses?			
6. Para bebés: ¿Le han dicho alguna vez que el niño tuvo intususcepción?			
7. ¿El niño, un hermano o un padre ha tenido una convulsión? ¿El niño ha tenido un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?			
8. ¿Se le ha diagnosticado alguna vez al niño una condición cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-C) después de una infección con el virus que causa el COVID-19?			
9. ¿El niño tiene algún problema con el sistema inmunitario, como cáncer, leucemia, VIH/SIDA?			
10. En los últimos 6 meses, ¿el niño ha tomado medicamentos que afectan al sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o fármacos contra el cáncer; fármacos para tratar la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido radioterapia?			
11. ¿Tienen los padres o los hermanos del niño algún problema con el sistema inmunitario?			
12. Durante el año pasado, ¿el niño ha recibido globulina inmunitaria (gamma), hemoderivados o un fármaco antiviral?			
13. ¿La niña/adolescente está embarazada?			
14. ¿El niño ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?			
15. ¿El niño se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de una inyección?			
16. ¿El niño está ansioso por ponerse una inyección hoy?			

Formulario completado por _____

Fecha _____

Formulario revisado por _____

Fecha _____

¿Trajo la tarjeta de registro de inmunización? sí no

Es importante tener un registro personal de las vacunas de su hijo. Si no tiene uno, pida al proveedor de atención médica del niño que le proporcione uno con todas las vacunas de su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo consigo cada vez que busque atención médica para su hijo. Su hijo necesitará este documento para acceder a la guardería o a la escuela, para trabajar para viajes internacionales.

Ada & Boise County

 707 N. Armstrong Pl. Boise, ID 83704
 208-375-5211

Elmore County

 520 E. 8th N. Mountain Home, ID 83647
 208-587-4407

Valley County

 703 1st St. McCall, ID 83638
 208-634-7194