



## Cribado prevacunal Cribado y formulario de consentimiento (formulario escolar)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Núm. de Medicaid: \_\_\_\_\_  El menor no tiene seguro de salud.

Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_ Núm. de grupo \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Núm. de identificación del miembro de la póliza \_\_\_\_\_

**Encierre en un círculo las respuestas adecuadas abajo (obligatorio):**

<b>Raza:</b> blanco / afroamericano / hispano o latino/ nativo de Hawái / asiático / nativo de Alaska / indio americano / otra	<b>Origen étnico:</b> no hispano ni latino hispano o latino	<b>Sexo:</b> mujer / varón
--	---	----------------------------

Lista de control para contraindicaciones (obligatoria)	SÍ	NO
¿Está el menor enfermo hoy?		
¿Es el menor alérgico a algún medicamento, alimento o componente de vacuna, o al látex?		
¿Ha tenido el menor alguna reacción grave a alguna vacuna en el pasado?		
¿Ha tenido el menor problemas de salud de pulmón, corazón o riñón, o una enfermedad metabólica (p.ej., diabetes), asma o algún trastorno de la sangre? ¿Sigue el menos un tratamiento a largo plazo con aspirina?		
¿Han tenido el menor, un hermano o un progenitor convulsiones? ¿Ha tenido el menor problemas cerebrales u otros problemas del sistema nervioso?		
¿Tienen el menor o un familiar cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?		
En los últimos 3 meses, ¿ha recibido el menor medicamentos que afectaran al sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o antineoplásicos; o fármacos para el tratamiento de la artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o psoriasis; o ha recibido radioterapia?		
En el último año, ¿ha recibido el menor una transfusión sanguínea o de hemoderivados, un concentrado de gammaglobulinas o un antivírico?		
¿Está la menor embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes?		
¿Ha recibido el menor alguna vacuna en las últimas 4 semanas?		

Confirmando que la información de salud del paciente proporcionada arriba es correcta. Me han dado una copia de la Declaración informativa de la vacuna para las vacunas indicadas a continuación y el AVISO DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD. Entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas que recibirá el paciente. Se puede encontrar información adicional en: <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/> . Entiendo que la participación y la recepción de vacunas por medio de este programa es totalmente voluntaria. Al firmar abajo, certifico que tengo autorización para consentir en nombre del paciente y, por la presente, doy mi permiso para que el paciente nombrado arriba reciba las siguientes vacunas encerradas en un círculo con el entendimiento de que la información de vacunas se introducirá en el Sistema de información y recordatorio de vacunas de Idaho (IRIS). Entiendo que el IRIS es un programa que contempla la exclusión voluntaria y que me puedo negar a que se introduzca información del paciente en el registro. Sin embargo, si me niego, el paciente no podrá recibir las vacunas administradas por este programa.

Entiendo que el menor recibirá las siguientes vacunas encerradas en un círculo:

Difteria, tétanos y tosferina / Gripe / Hep A / Hep B / VPH / Meningitis / Sarampión, paperas y rubeola / Polio / Tétanos, difteria y tosferina / Varicela

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre, madre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente