Delaware General Health District
Dedicated to Your Health

Spanish - Child Consent Form (Formulario de consentimiento-Niños)

por favor imprime claramente

Primer Nombre _____ Apellidó: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Cuidad: _____ Estado: _____ Codigo Postal _____

Teléfono: _____ Correo Electonico: _____ Fecha de Nacimiento _____ (Mes / día / AÑO)

Raza : _____ Etnicidad: (elije uno) Hispano/Latino No Hispano/Latino Idioma Preferida : _____

Seguro de Salud _____ Número de identificación _____ # del Grupo _____

Dirección de Seguro _____ No.de Seguro Social _____

Información de Asegurado: Nombre _____ Relación al Asegurado _____

Fecha de Nacimiento _____ Dirección(si es diferente del paciente) _____

Secundario Seguro de Salud _____ Número de identificación _____ # del Grupo _____

Dirección de Seguro _____ No.de Seguro Social _____

Información de Asegurado: Nombre _____ Relación al Asegurado _____

Fecha de Nacimiento _____ Dirección(si es diferente del paciente) _____

NO HAY ASEGURANCIA	¿CUANOTOS EN EL HOGAR? :		¿INGRESO DEL HOGAR? :		¿por semana/ mes /año?

POR FAVOR CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS	Sí	No
¿El niño/niña está enferma hoy?		
¿El niño/niña ha tenido algún problema de salud como enfermedad pulmonar, cardíaca, renal o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?		
¿El niño/niño es alérgico a algún medicamento, alimento, componente de vacunas o al látex?		
Si el niño/niño que va ser vacunado tiene entre 2 y 4 años de edad ¿le dijo algún proveedor de atención médica que el niño/la niña tuvo sibilancias o asma en los últimos 12 meses?		
Si el niño/niña es un bebé ¿le han dicho alguna vez que tuvo invaginación? (una condición intestinal grave)		
¿El niño/niña o uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; el niño/niña ha tenido problemas cerebrales o algún otro problema del sistema nervioso?		
¿Ha tenido el niño/la niña una reacción grave a alguna vacuna en el pasado?		
¿El niño/niña o miembro de su familia tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?		
¿En los últimos 3 meses, el niño/la niña ha tomado medicamentos que afecten el sistema inmunitario como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o tuvo tratamientos de radiación?		
Durante el año pasado, ¿el niño/la niña recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o se le administró inmunoglobulina o gammaglobulina o algún medicamento antiviral?		
Para mujeres adolescentes: ¿está embarazada su hija?		
¿Se le a dado alguna vacuna al niño/niña en las últimas 4 semanas?		

El Distrito de Delaware General de Salud puede mantener este registro en el expediente médico de mi niño/niña. DGHD registrará cual vacuna fue dada, la fecha en que la vacuna fue dado, el nombre de la compañía que fabricó la vacuna, el número de lote de la vacuna, la firma y título de la persona que dio la vacuna, la dirección donde se aplicó la vacuna. Entiendo que esta información será publicado en el Registro de Vacunación del Estado con el propósito de seguir curso de hacer volver vacunas y registro, a menos que lo solicite lo contrario. He leído o se me ha explicado la información sobre la vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y pido que la vacuna sea administrada a la persona nombrada por quien estoy autorizado para hacer esta solicitud. Mi información médica no será compartida sin una autorización para divulgar información. Se proporcionará una copia de los distritos de salud Aviso de prácticas de privacidad (HIPAA) y también se encuentra en nuestro sitio web delawarehealth.org. Autorizo mi compañía de seguros para asignar la cantidad a pagar directamente a DGHD. **Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que no están cubiertos por mi plan de seguro privado. Reconozco que cualquier co-pago se debe pagar el dia que se recibo los servicios.**

Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha de nacimiento de Padre/Madre/Guardián: _____

Relación al Paciente: _____

Firma del Padre/Madre/Guardian: _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY (uso de oficina)									
DTAP	Hib	Polio	Hep B	Prevnar-13	Rotarix	DTAP-HIB-POLIO	MMR	Varicella	MMR - V
MMR - V	DTAP -POLIO	Tdap	TD	Meningococcal	HPV	Hep A	Flu	Rabies	Tooth Varnish

STOP — For Office Use Only

Vaccine Administration Record

VACCINE	DOSE #	LOT #	SITE	RN SIGNATURE	DATE
DTAP 90700 under 7 years			LVL RVL LD RD IM		
HPV GARDASIL 9 90651			LD RD IM		
HEP A 90633			LVL RVL LD RD IM		
HEP B 90744			LVL RVL LD RD IM		
HIB 90648			LVL RVL LD RD IM		
IPV (Polio) 90713			LVL RVL LA RA SQ IM		
(Dtap, Polio) 90696			LD RD IM		
MENINGOCOCCAL 90734			LD RD IM		
MMR 90707			LVL RVL LA RA SQ		
MMRV 90710			LVL RVL LA RA SQ		
PENTACEL (DTAP,IPV,HIB) 90698			LVL RVL LD RD IM		
PREVNAR-13 90670			LVL RVL LD RD IM		
RABIES 90675			LD RD IM		
ROTA-X 90681			PO		
TDAP 90715 7 years & older			LD RD IM		
TD 90714			LD RD IM		
VARICELLA 90716			LVL RVL LA RA SQ		
6-35 mth Flu 90685			LVL RVL LD RD IM		
Flu Pres. free 90686			LVL RVL LD RD IM		
TOOTH VARNISH D1208			EXP. DATE		
Diluent					
Nursing Assessment 99211	Notes:				

Administrative Assistant	
Time IN	
NN Number	
Insurance Verified	
Primary Insurance	
VFC	Private
NN Completed	
Impact Completed	

Medicaid Patients—Under 6	
Tooth Varnish Applied	Y or N

Doctor Information	
Primary Doctor/ Location	
Last Well Visit	

Will the child be returning to DGHD for vaccines?	Y OR N

ACTIVE	INACTIVE

Nurse	
Time Completed	
NN Completed	
Impact Completed	