

El nombre del niño: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Raza: _____ Idioma preferido: _____ Sexo Masculino Femenino ¿Hispano/latino? Sí No

Por favor responda las siguientes preguntas:	Sí	No	No estoy seguro
1. ¿Está tu hijo enfermo hoy?			
2. ¿El niño tiene alergias a medicamentos, alimentos, componentes de las vacunas o látex?			
3. ¿El niño ha tenido alguna reacción grave a alguna vacuna en el pasado?			
4. ¿Tiene el niño algún problema de salud crónico relacionado con el corazón, los pulmones (incluido el asma), los riñones, el hígado, el sistema nervioso o una enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), un trastorno sanguíneo, no tiene bazo, tiene un implante coclear o tiene una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está tomando aspirina o salicilato de forma habitual?			
5. Si el niño que se va a vacunar tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿le ha dicho algún proveedor de atención médica que el niño ha tenido sibilancias o asma en los últimos 12 meses?			
6. Para los bebés: ¿Alguna vez le han dicho que el niño tenía invaginación intestinal?			
7. ¿El niño, un hermano o un padre ha tenido una convulsión? ¿Ha tenido el niño un problema cerebral o del sistema nervioso?			
8. ¿Alguna vez se le ha diagnosticado al niño una afección cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C) después de una infección con el virus que causa COVID-19?			
9. ¿Tiene el niño algún problema del sistema inmunológico como cáncer, leucemia, VIH/SIDA?			
10. En los últimos 6 meses, ¿ha tomado el niño medicamentos que afectan el sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para tratar la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido tratamientos de radiación?			
11. ¿El padre o hermano del niño tiene un problema del sistema inmunológico?			
12. Durante el último año, ¿ha recibido el niño inmunoglobulina (gamma), sangre/productos sanguíneos o un medicamento antiviral?			
13. ¿Está embarazada la niña/adolescente?			
14. ¿El niño ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?			
15. ¿Alguna vez el niño se ha sentido mareado o débil antes, durante o después de una inyección?			
16. ¿El niño está ansioso por recibir una vacuna hoy?			
Preguntas 17 a 23 SÓLO para pruebas de tuberculosis:	Sí	No	No estoy seguro
17. ¿Alguna vez se le ha realizado al niño una prueba cutánea de tuberculosis?			
18. ¿El niño alguna vez ha tenido una prueba cutánea de tuberculosis positiva?			
19. ¿Alguna vez le han diagnosticado tuberculosis al niño?			
20. ¿Alguna vez le han dicho al niño que no se debe realizar una prueba cutánea de tuberculosis?			
21. ¿Se le ha pedido al niño que venga a hacerse una prueba porque a alguien que usted conoce le han diagnosticado tuberculosis?			
22. ¿El niño había recibido anteriormente la vacuna BCG?			
23. ¿Es necesario que el niño se haga una prueba cutánea de tuberculosis en dos pasos? (Se realizan dos pruebas en un período de 1 a 3 semanas; algunos trabajadores de la salud la necesitan)			

Nombre y apellido del suscriptor del seguro: _____ Sexo Masculino Femenino
 Fecha de nacimiento del suscriptor del seguro: _____ Relación con el paciente: _____
 Dirección (si es diferente a la del paciente): _____

Si no tiene seguro, por favor responda la siguiente información:

Tamaño del hogar: _____ Ingresos del hogar: _____ Frecuencia de los ingresos: por semana por mes por año

Delaware Public Health District puede conservar este registro en el expediente médico del paciente. El DPHD registrará qué vacuna o servicio se administró, la fecha en que se administró la vacuna o el servicio, el nombre de la empresa que fabricó la vacuna, el número de lote de la vacuna, la firma y el cargo de la persona que administró la vacuna, y la dirección donde se administró la vacuna y cualquier evaluación o servicio brindado con la fecha y la persona que brindó el servicio. Entiendo que esta información se divulgará a un Registro de inmunización estatal con el propósito de rastrear, recordar y registrar las vacunas, a menos que solicite lo contrario. Entiendo que esta información se divulgará y se recibirá de un centro de interoperabilidad de proveedores de atención médica (por ejemplo, carequality/commonwell) con el propósito de compartir y brindar atención al paciente, a menos que solicite lo contrario. Entiendo que la información sobre citas, cancelaciones y recordatorios me llegará por correo electrónico, llamada telefónica o mensaje de texto, a menos que solicite lo contrario. Entiendo que estos permisos serán válidos hasta que se revoquen. Para tuberculosis: la clínica conservará este formulario durante siete años si el resultado es negativo y de forma permanente si el resultado es positivo. Incluirá información sobre cuándo se realizó la prueba de tuberculosis, el número de lote de PPD, el resultado y el nombre y la dirección del lugar donde se realizó la prueba.

He leído o me han explicado la hoja de información sobre la vacuna, la prueba de tuberculosis o el servicio que se va a recibir hoy. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me las han respondido satisfactoriamente. Creo que comprendo los beneficios y los riesgos de la vacuna o el servicio y solicito que la vacuna o el servicio se administren a la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Excepto como se describe anteriormente y en el aviso de prácticas de privacidad, mi información médica no se compartirá sin una autorización para divulgar información. He recibido el Aviso de prácticas de privacidad (HIPAA) del Distrito de Salud y también se encuentra en nuestro sitio web en delawarehealth.org. Autorizo a mi compañía de seguros a asignar el monto pagadero directamente al DPHD. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que no estén cubiertos por mi plan de seguro o servicio electivo. Reconozco que cualquier copago vence y se debe pagar en la fecha en que se reciben los servicios.

Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta) _____ Relación con el paciente _____
 Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

VACCINE		CPT	Route	Dose #	Lot #	SITE			
Chikungunya-IXCHIQ		90589	IM			LD	RD	LVL	RVL
Cholera- Vaxchora		90625	PO			Mouth			
COVID-19 – Moderna Monov 6mo-11yr Moderna Monov 12+		91321 91322	IM			LD	RD	LVL	RVL
DTaP – Daptacel		90700	IM			LD	RD	LVL	RVL
DTaP-IPV - Quadracel		90696	IM			LD	RD	LVL	RVL
DTaP-IPV-HIB - Pentacel		90698	IM			LD	RD	LVL	RVL
DTaP -IPV- HBV- HIB - Vaxelis		90697	IM			LD	RD	LVL	RVL
Flu Pres. Free – Fluzone 6m+ PFS Fluarix		90686	IM			LD	RD	LVL	RVL
Flu (ccIV\$)- Flucelvax 6mo PFS		90674	IM			LD	RD	LVL	RVL
FluMist		90672	nasal			Nasal			
HepA-Ped 0.5ml – Vaqta Ped/Adol		90633	IM			LD	RD	LVL	RVL
HepB Ped 0.5ml - Recombivax HB Ped/Adol		90744	IM			LD	RD	LVL	RVL
HIB - ActHIB		90648	IM			LD	RD	LVL	RVL
HPV - GARDASIL 9		90651	IM			LD	RD	LVL	RVL
IPV - IPOL		90713	SQ / IM			LD	RD	LVL	RVL
						LA	RA		
J.E. (Ixiaro) - Japanese Enceph		90738	IM			LD	RD	LVL	RVL
MENINGOCOCCAL ACWY - MenQuadfi		90619	IM			LD	RD	LVL	RVL
MENINGOCOCCAL B - Bexsero		90620	IM			LD	RD	LVL	RVL
MMR - MMRII		90707	SQ			LA	RA	LT	RT
MMRV - Proquad		90710	SQ			LA	RA	LT	RT
PREVNAR 20		90677	IM			LD	RD	LVL	RVL
PNEUMO CONJ 15- Vaxneuvance		90671	IM			LD	RD	LVL	RVL
PNEUMO 23 – Pneumovax23		90732	SQ / IM			LD	RD		
						LA	RA		
RABIES - Imovax		90675	IM			LD	RD	LVL	RVL
Rotavirus - Rotarix		90681	PO			Mouth			
RSV- infant Beyfortus 50mg Beyfortus 100 mg		90380 90381				LD	RD	LVL	RVL
TDAP- Adacel		90715	IM			LD	RD		
Typhoid – Typhim Vi		90691	IM			LD	RD	LVL	RVL
VARICELLA - Varivax		90716	SQ			LA	RA		
Yellow Fever		90717	SQ			LA	RA	LT	RT
TB Step 1	Placed:	RN:	Read:	RN:	Assess: mm	Result: + / -	Lot #:	LFA	RFA
TB Step 2	Placed:	RN:	Read:	RN:	Assess: mm	Result: + / -	Lot #:	LFA	RFA

Vaccine Administrator Signature: _____ **Date:** _____

Admin

Delaware [] Other location: _____ VFC [] State [] Private [] Insurance Verified or % on Sliding Fee: _____

Primary Pay Source: _____ Member ID: _____

Secondary Pay Source: _____ Member ID: _____

eCW Chart created: _____ Scanned into eCW: _____

For TB-

Bill to employer: LF invoice made: _____ Date: _____ LF invoice paid: _____ Date: _____

For TB-

Paid for Step 1 (initial) _____

Paid for Step 2 (initial) _____

Nurse

ImpactSIIS Status: ACTIVE / INACTIVE

eCW charting completed: _____

Notes:

Sign In: _____ Admin completed: _____

RN received: _____ RN completed: _____