

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 explicación: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tiene el niño o niña alergias a las vacunas, medicamentos, el timerosal, gentamicina, gelatina, levadura de panadería, huevos o productos de huevo?<br>_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ha tenido su niño o niña una reacción seria a una vacuna en el pasado?<br>_____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Padece su niño o niña de cáncer, leucemia, SIDA, o cualquier otro sistema inmunológico?<br>_____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ha tomado cortisona, predisona o otros esteroides, medicamentos contra el cáncer, o tratamientos de radiación en los últimos tres meses?<br>_____            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ha recibido su niño o niña transfusiones de sangre o derivados de la sangre o se le ha administrado la medicina inmunoglobulinas en el último año?<br>_____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Esta la niña o adolescente embarazada o en riesgo de quedar embarazada en el próximo mes?<br>_____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ha tenido el niño o niña varicela?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ha recibido el niño o niña la vacuna contra la varicela?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ha recibido el niño o niña alguna vacuna en las últimas cuatro semanas?<br>_____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ha tenido su hijo o hija el síndrome de Guillain-Barre?<br>_____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Haga una lista de los medicamentos actuales:<br>_____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. <b>Hay alguna vacuna que a usted NO le gustaría que su Niño/Niña reciba? Si la respuesta es si, por favor indique:</b> _____                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Firma del padre o tutor:**

**Fecha**

<b>DTaP / Td / TDaP</b> Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	<b>IPV</b> Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	<b>MMR</b> Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	<b>HIB</b> Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	<b>KINRIX</b> Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5
<b>HBV</b> Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	<b>HAV</b> Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	<b>VARICELLA</b> Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	<b>PENTACEL</b> Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	<b>RV</b> Oral Dose 1 2 3 4 5
<b>HPV</b> Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	<b>PCV-13</b> Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	<b>PEDIARIX</b> Site of Injection: LA RA LT RT Dose 1 2 3 4 5	<b>MCV4</b> 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.

**Clinic:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_ **Signature and title of the Vaccine Administrator** \_\_\_\_\_