



**PROGRAMA DE REGISTRO DE IMMUNIZACIÓN DE LOS NIÑOS DE INDIANA(CHIRP)  
ADMINISTRACIÓN DE VACUNA  
ANOTACIÓN DE FIRMA O RECIBO DE PADRES/TUTOR**

He leído o he recibido explicación de la información en la "Declaración de información de vacuna" o la "Declaración de información importante" para la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) marcadas abajo. He tenido la oportunidad de preguntar sobre y entender completamente las ventajas y los riesgos de la(s) vacuna(s) marcada(s) abajo. Pido que estas vacunas sean dadas a mi o a la persona nombrada abajo.

DT  Td  DTaP  DTaP-Hib  DTaP/HepB/IPV  Hib  IPV  MMR  HEP B  Varicella  HIB/Hep B  PCV-7

Apellido:		Primer nombre:		Segundo nombre:					
Fecha de Nacimiento:		Edad:	Estado de nacimiento:		País de nacimiento:		Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo, Isleño de Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano						Origen hispanico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido			
Nombre de médico:						Escuela: _____			
Dirección:				Teléfono en casa:			Teléfono de trabajo:		
Ciudad:		Estado:	Código postal:		Correo electrónico:				
Idioma, si no es inglés (especifique):					Otro número de teléfono (especifique):				
<b>(Uso de clínica solamente)</b>		Chart Number:							
Funding Source:		<input type="checkbox"/> Medicaid		<input type="checkbox"/> Uninsured		<input type="checkbox"/> Nat. American or Alaskan			
		<input type="checkbox"/> Underinsured FQHC Only		<input type="checkbox"/> Hoosier Hwise Pkg C		<input type="checkbox"/> Not Eligible			
*Numeros Seguro Social se puede usar para identificar al paciente y a los parientes y son opcionales en este impreso. No hay pena por la falta de ofrecer los Numeros Seguro Social.									

Firma de la persona que recibe la vacuna o de la persona autorizada para consentir en la(s) inmunización(es)

X  
\_\_\_\_\_  
Firma de padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra impresa de padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (mes) (día) (año)

## Cuestionario de selección para vacunación de adultos

**A los pacientes:** Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podemos dar hoy. Si contesta "sí" a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no lo deben vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pída a su profesional de la salud que se la explique.

	Sí	No	No sabe
1. ¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tuvo alguna vez una reacción seria después de vacunarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo, como enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, enfermedad metabólica (como la diabetes), anemia o algún otro trastorno de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Toma cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tuvo alguna vez convulsiones o problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Durante el año pasado, ¿le hicieron una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o un medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Para las mujeres: ¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada en el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Le aplicaron alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario llenado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Formulario revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**¿Trajo su comprobante de vacunación?**    sí     no

Es importante que tenga un comprobante de vacunación personal. Si no lo tiene, pídale a su profesional de la salud que le dé uno. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo todas las veces que reciba atención médica. Asegúrese de que su profesional de la salud escriba allí todas las vacunas que reciba.