



Columbia/Boone County Department of Public Health & Human Services
1005 W. Worley, Columbia, Missouri, 65203



Consentimiento de Inmunización

Por favor llenar la siguiente información PARA LA PERSONA QUE SE ESTA VACUNANDO:					
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Número de Seguro Social (Los últimos cuatro números solamente)			Raza	<input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Alaska <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Otro	
Domicilio		Ciudad/Estado		Número de Zona Postal (Zip)	
Número de Teléfono	Nombre del Doctor	Vive usted dentro de los límites de la Ciudad de Columbia, Missouri? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Marque Uno: <input type="checkbox"/> *Asegurado (Seguro de salud con o sin cobertura de vacuna-Número Identificación no es requerido) <input type="checkbox"/> Sin Seguro (No tiene seguro de salud) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> HC USA <input type="checkbox"/> MO CARE <input type="checkbox"/> Molina # _____ <input type="checkbox"/> Medicare # _____					
He leído y recibido una copia, o me han explicado la información del Reporte de Vacunas, de la lista de vacunas marcadas abajo. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) me sea puesta, o bajo la autorización de la persona que firma esta solicitud.					
Firma Autorizada (Pariente/Guardian Legal o Cliente si es mayor de 18)				Fecha	

↓ FOR CLINIC USE ONLY ↓

DTaP	Td	Tdap	1	2	3	4	5	HIB	PENTACEL	1	2	3	4	IPV	1	2	3	4																	
Mfr/Lot								Mfr/Lot						Mfr/Lot																					
Site								Site						Site																					
PEDIARIX		KINRIX		1		2 3		PREVNAR		PNEUMOVAX		1 2 3 4		HEP B			1 2 3																		
Mfr/Lot								Mfr/Lot						Mfr/Lot																					
Site								Site						Site																					
MMR								1		2		VARICELLA				1		2		HEP A				1 2											
Mfr/Lot								Mfr/Lot						Mfr/Lot																					
Site								Site						Site																					
MENACTRA		VFC		317		For Sale		ROTATEQ				1 2 3			GARDASIL						1 2 3														
Mfr/Lot								Mfr/Lot						Mfr/Lot																					
Site								Site						Site																					
OTHER								1		2 3		Comments												Vaccine Information Statements											
Mfr/Lot								<input type="checkbox"/> No imm record <input type="checkbox"/> MOHSAIC down <input type="checkbox"/> # vaccines given per client/parent request <input type="checkbox"/> *Counseled to receive future vaccine at PCP												<input type="checkbox"/> DTaP (5-17-07) <input type="checkbox"/> Multi-Vaccine (9-18-08) <input type="checkbox"/> HIB (12-16-98) <input type="checkbox"/> Rotavirus (12-6-10) <input type="checkbox"/> MMR (3-13-08) <input type="checkbox"/> Hep A (3-21-06) <input type="checkbox"/> Polio (1-1-00) <input type="checkbox"/> Hep B (7-18-07) <input type="checkbox"/> Varicella (3-13-08) <input type="checkbox"/> Td/Tdap (11-18-08) <input type="checkbox"/> Meningococcal (1-28-08) <input type="checkbox"/> HPV (3-30-10) <input type="checkbox"/> Pneu. Conj. PCV (4-16-10) <input type="checkbox"/> Pneu. Polysacch. PPSV 23 (10-6-09)															
Site								Site						Site						Foreign language VIS given (list language):															
Signature and Title of Vaccine Administrator(s)												Date																							

*Revised 12/8/10

Preguntas Para La Inmunización

Por favor llene la siguiente información **para la persona que se esta vacunando**. Si alguna pregunta no esta clara, por favor preguntenos y le explicaremos. Gracias.

Para Adultos Si Ud. esta recibiendo la(s) vacuna(s), por favor llenar esta columna ↓		SI	NO	Para niño(a)s/Dependientes Si su niño(a)/dependiente esta recibiendo la(s) vacuna(s) por favor complete esta columna ↓		SI	NO
1. ¿Esta Ud. enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Esta su niño(a) enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene Ud. alergias a algunas medicinas comida o vacunas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Tiene su niño(a) alergias a alguna medicina, comida o cualquier vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido alguna reacción seria despues de haber recibido una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Ha tenido su niño(a) reacción seria a alguna vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene Ud. cáncer, leusemia, SIDA u otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Ha tenido su niño(a) convulsions o problemas del cerebro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Toma Ud. cortisona, prednisona, u otros esteroides, o drogas anti cáncer, o ha tenido Ud. tramiento de rayos X?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Tiene su niño(a) cáncer, leusemia, SIDA u otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Durante el año pasado ha recibido Ud. transfusión de sangre o le han dado medicina llamada inmuuno (gamma) globulina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿En los últimos 3 meses su niño(a) ha tomado cortisona, prednisona, u otros esteroides o drogas anti cáncer, o ha tenido tratamiento de rayos X?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Para mujer: Esta Ud. embarazada, o existe alguna chance que Ud. se embaraze durante el siguiente mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Durante el año pasado ha recibido el niño(a) transfusión de sangre o le han dado medicina llamada inmuuno (gamma) globulina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Esta la niña embarazada, o existe alguna chance que se embaraze durante el siguiente mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Necesita Ud. una prueba de tuberculosis (TB) dentro de 4 o 6 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Ha recibido el niño(a) alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha sido diagnosticado con el síndrome Guillain Barre (una enfermedad de parálisis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Necesita el niño(a) prueba de la tuberculosis (TB) dentro de 4 o 6 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Tiene Ud. contacto cercano con alguien que tiene problemas con el sistema inmunológico (SIDA, cancer, Quimoterapia etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Ha sido el niño(a) diagnosticado con el síndrome Guillain Barre (una enfermedad de parálisis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				12. ¿Su niño(a)/dependiente nacio con obstrucción gastrointestinal o tuvo una cirujía en el abdomen, o tiene historia de problemas con el estomago o los intestinos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Revisado 10/17/06				13. ¿Tiene el niño(a) contacto cercano con alguien que tiene problemas con el sistema inmunológico (SIDA, cáncer, Quimoterapia, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esta forma ha sido llenada por: _____ **Fecha:** _____

Si Ud. no es el padra/madre y esta firmando por otra persona, su relación con esta persona es:

Guardian Legal Otro _____

Reviewed By: _____ **Date:** _____