

Formulario de Firma de la Clínica Escolar

Primer Nombre	Apellido	Inicial	Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
Nombre de Padre o Guardián (Para los menores de edad)			Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Persona Responsable	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal		
Numero de Teléfono	<input type="checkbox"/> cel <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> SI, puede enviar recordatorios de mensajes de texto a este número de teléfono				
Nombre de la compañía de seguros	Numero de Identificación	Numero de Grupo			
Nombre del Titular de la Poliza	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza	*** NOTA: sin información del seguro, se le facturarán directamente sus vacunas.			

Para pacientes: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que no deba vacunarse. Solo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, consulte la parte posterior de esta página o solicite a su proveedor de atención médica para que se la explique.

SI NO N/A

SI	NO	N/A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacunación (por ejemplo, erupción cutánea, ronchas, dificultad para respirar)? Por favor escribe la reaccione(s):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?? Por favor escriba:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedad cardiaca, enfermedad pulmonar, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia, otro trastorno sanguíneo o una afección crónica para la que usted ve un médico? Por favor indique su (s) condición (es) crónica (s):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Está usted enfermo hoy con fiebre o diarrea?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH / SIDA, o cualquier otro problema del sistema inmunológico? Por favor escriba:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿En los últimos 3 meses , ha tomado medicamentos que afectan su sistema inmunológico, como la prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; O ha tenido tratamientos de radiación? Por favor escriba los medicamento(s):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Tiene alergia a alguno de los siguientes? Por favor circule cuál (es): <i>látex / neomicina / gentamicina / levadura / gelatina / glutamato monosodico / huevos</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Durante el año pasado, ¿Ha recibido alguno de los siguientes? Por favor circule cuál (es): <i>transfusión de sangre o productos sanguíneos / inmunidad (gamma) globulina / medicamento antiviral</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Para las mujeres: ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Ha tenido convulsiones o problemas cerebrales o con el Sistema nervioso?

*For Office Use Only	Site	Lot #	Site	Lot #
Tdap / Dtap:	_____	_____	MMRV / MMR / Var:	_____
Kinrix / Quadracel:	_____	_____	Hepatitis A:	_____
Menactra:	_____	_____	Other:	_____
HPV:	_____	_____	RN Signature:	_____

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

Nombre del Paciente
(Por favor imprimir)

Fecha de Nacimiento
del Paciente

Nombre del Padre si es menor
(Por favor imprimir)

Firma

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS MEDICOS

Servicios de Inmunizacion

- Se me ha ofrecido copias (electrónicas y / o en papel) de las Declaraciones de Información sobre Vacunas para todas las vacunas que se administraran hoy.
- Entiendo que las vacunas no son obligatorias y pueden ser rechazadas por razones religiosas y / o de otro tipo.
- Entiendo los beneficios, riesgos o complicaciones de las vacunas. (Más información sobre las vacunas que se ofrecen está disponible bajo petición).
- Entiendo que todos los registros de inmunización serán registrados en IRIS (Sistema de Información de Recordatorio de Inmunización). La participación en el registro de inmunización es voluntaria. Para que sus archivos sean retirados del IRIS, debe comunicarse con el Programa de Inmunización de Idaho.
- Me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de SCHPD.
- Doy mi consentimiento para recibir vacunas proporcionadas por SCPHD para mí o para este niño del cual soy el padre o tutor legal.

CONSENTIMIENTO FINANCIERO

- SCPHD facturara a su compañía de seguros por usted, y el pago puede ser enviado directamente a SCPHD.
- Es posible que SCPHD no se considere un proveedor dentro de la red y, por lo tanto no puede garantizar la cobertura de su compañía de seguros.
- Ya sea que su seguro pague o no, el balance de la cuenta es responsabilidad suya.
- Algunos, o tal vez todos, los servicios brindados pueden ser servicios no cubiertos.
- La confidencialidad no se puede garantizar con la facturación del seguro. Su proveedor de seguros puede enviar información al titular de la póliza de seguro (que puede ser su padre, tutor o cónyuge).

He leído el Consentimiento Financiero. Entiendo y acepto esta política. También entiendo que seré responsable del pago de todos los servicios. Autorizo la divulgación de información médica necesaria para procesar reclamos médicos y autorizo el pago de beneficios a SCPHD.

Información sobre la lista de control de detección de contraindicaciones a las vacunas

¿Te interesa saber por qué se incluyeron una cierta pregunta en la lista de proyección?

Si es así, lea la siguiente información. Si quieres saber más, consultar las referencias listadas al final.

1. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna (por ejemplo, erupción cutánea, urticaria, dificultad para respirar)? [todas las vacunas]

Historia de reacción anafiláctica (ver pregunta 2) a una dosis previa de vacuna o vacuna componentes es una contraindicación para la posterior dosis. En circunstancias normales, las vacunas son aplazadas cuando una medida de precaución está presente. Sin embargo, situaciones que pueden presentarse cuando el beneficio supera el riesgo (por ejemplo, durante un brote de tos ferina de comunidad).

2. ¿Tienes un problema de salud a largo plazo con cardiopatía, enfermedad pulmonar, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia u otro trastorno de la sangre? [LAIV]

La seguridad de la vacuna contra la influenza atenuada viva intranasal (LAIV) en personas con estas condiciones no ha sido establecida. Estas condiciones, incluyendo el asma en los adultos, deben considerarse las precauciones para el uso de la LAIV.

3. Está hoy enfermo con fiebre o diarrea? [todas las vacunas]

No existe evidencia que la enfermedad aguda reduce la eficacia de la vacuna o aumenta eventos. En adversos de la vacuna sin embargo, como medida de precaución con enfermedad aguda moderada o severa, todas las vacunas deben retrasarse hasta que la enfermedad ha mejorado. Enfermedades leves (como las infecciones respiratorias superiores o diarrea) no son contraindicaciones a la vacunación. Si una persona está tomando antibióticos, no retener la vacunación.

4. ¿Tienes cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario? [LAIV, MMR, VAR, ZOS]

Virus vacunas vivas (por ejemplo, LAIV, sarampión, las paperas y la rubéola [MMR], [VAR] la varicela, zoster [ZOS]) están generalmente contraindicados en personas inmunocomprometidas. Sin embargo, hay excepciones. Por ejemplo, se recomienda la vacuna triple vírica y vacuna contra la varicela debe ser considerada para adultos con recuentos de CD4 + linfocitos T de mayor o igual a 200 células/ μ L. Personas inmunosuprimidas no deben recibir LAIV. Para más detalles, consulte el recommendations.4,5,6 ACIP

5. En los últimos 3 meses, han tomado medicamentos que afectan el sistema inmunitario, como la cortisona, prednisona, otros esteroides o fármacos antineoplásicos; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o psoriasis; ¿o has tenido tratamientos de radiación? [LAIV, MMR, VAR, ZOS]

Las vacunas de virus vivos (LAIV, MMR, VAR, ZOS) deben posponerse hasta después de la quimioterapia o terapia esteroide a largo plazo de altas dosis ha terminado. Para detalles y tiempo para posponer, consulte el statement.1,5 ACIP de algún mediador inmune y modulador inmune drogas (especialmente el factor de necrosis antitumoral agentes adalimumab, infliximab y etanercept) pueden ser inmunosupresivas. El uso de vacunas vivas debe evitarse en personas que tomen estos fármacos (MMWR 2011; 60 [RR-2]: 23). Para encontrar los calendarios de vacunación específicos para la célula de vástago trasplante a pacientes (trasplante de médula ósea), ver referencia 7. LAIV puede administrarse sólo a personas sanas no embarazadas 2 años a 49.

6. ¿Usted tiene alergias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o látex? [todas las vacunas]

Una reacción anafiláctica al látex es una contraindicación a las vacunas que contienen látex como componente o como parte del embalaje (por ejemplo, tapones del frasco, émbolos de jeringas, tapas de las jeringas precargadas). Si una persona tiene anafilaxia después

de comer gelatina, no administrar las vacunas que contienen gelatina. Una reacción local a una dosis de vacuna previa o un componente de la vacuna, incluido el látex, no es una contraindicación para una posterior dosis o vacuna que contiene ese componente. Para obtener información sobre las vacunas en viales o jeringas que contienen látex, ver referencia 2; para una lista extensa de vacuna components, ver referencia 3

Personas con alergia de huevo de cualquier gravedad pueden recibir cualquier vacuna de la gripe recomendada (es decir, cualquier IIV o RIV) que de lo contrario es apropiado para la edad del paciente. Para que personas con antecedentes de reacción alérgica grave al huevo que cualquier síntoma que no sea urticaria (angioedema, distrés respiratorio), o que requieren epinefrina u otra emergencia intervención médica, la vacuna debe ser administrada en un médico entorno, como una clínica, Departamento de salud o consultorio. Administración de la vacuna debe ser supervisada por un médico que es capaz de reconocer y manejar las condiciones alérgicas severas. 4

7. Recibieron una vacuna antineumocócica? [PPSV23 or PCV13]

PCV13 es recomendada para todos los adultos de 65 años o más. Una dosis de PCV13 también es recomendada para los adultos de 19 años o mayores con afecciones que debiliten el sistema inmunitario, como la infección VIH, trasplante de órganos, leucemia, linfoma y enfermedad renal grave. Si tienes una de estas condiciones, consulte a su médico. La vacuna neumocócica polisacárida (PPSV23 o Pneumovax®) protege contra 23 tipos de bacterias neumocócicas. Es recomendada para todos los adultos de 65 años o mayores y durante esos 2 años o mayores con alto riesgo para la enfermedad. También se recomienda la PPSV23 para adultos 19 a 64 años de edad que fuman cigarrillos o tienen asma. PCV13 debe ser determinada primero y PPSV23 al menos 1 año más tarde para los adultos inmunocompetentes más o por lo menos 8 semanas más tarde para los adultos con condiciones inmunocompromising, fugas de líquido cefalorraquídeo o implantes cocleares.

8. Ha tenido una convulsión o un cerebro u otro problema del sistema nervioso? [influenza, Td/Tdap]

Tdap está contraindicada en personas con historia de encefalopatía en los 7 días siguientes DTP/DTPa dado antes de la edad de 7 años. Un problema inestable neuro-lógico progresiva es una precaución para el uso de Tdap. Para las personas con trastornos neurológicos estables (incluyendo convulsiones) sin relación a la vacunación, o para las personas con antecedentes familiares de convulsiones, vacunar como de costumbre. Una historia de síndrome de Guillain-Barré (GBS) es un examen con lo siguiente: 1) Td/Tdap: si GBS ha producido dentro de 6 semanas de una vacuna de tétanos y se decidió continuar con la vacunación, dar Tdap en lugar de Td si no historia de Tdap antes; 2) vacuna contra la gripe (IIV/LAIV): caso de GBS dentro de 6 semanas de una vacuna contra la influenza previa, vacunar con IIV si un mayor riesgo de complicaciones de gripe severa.

REFERENCIAS

1. CDC. General recommendations on immunization, at www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6002.pdf.
2. Latex in Vaccine Packaging: www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/latex-table.pdf.
3. Table of Vaccine Components: www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/exipient-table-2.pdf.
4. CDC. Prevention and control of seasonal influenza with vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices – United States, 2016–17 influenza season at www.cdc.gov/mmwr/volumes/pdf/65/rr/pdfs/rr6505.pdf, pages 1–56.
5. CDC. Measles, mumps, and rubella – vaccine use and strategies for elimination of measles, rubella, and congenital rubella syndrome and control of mumps. MMWR 1998; 47 (RR-8).
6. CDC. Prevention of varicella: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR 2007; 56 (RR-4).
7. Tomblyn M, Einsele H, et al. Guidelines for prevent-ing infectious complications among hematopoietic stem cell transplant recipients: a global perspective. Biol Blood Marrow Transplant 15:1143–1238; 2009 at www.cdc.gov/vaccines/pubs/hemato-cell-transpts.htm.
8. CDC. Notice to readers: Revised ACIP recommendation for avoiding pregnancy after receiving a rubella-containing vaccine. MMWR 2001; 50 (49).
9. CDC. Updated recommendations for use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid, and acellular pertussis vaccine (Tdap) in pregnant women: Recommendations of the ACIP. MMWR 2012; 62 (7):131–4.