

Registro de Administración de Vacunas Pediátricas

Por favor complete y firme este formulario. Si no lo completa en su totalidad, se le pueden negar servicios de vacunación. Este formulario puede guardarse en su expediente médico (o en el de su niño). Esta información es privada y sólo se compartirá con agencias de salud, establecimientos de guardería y escuelas, para ayudarles a proporcionar servicios de vacunación, asegurar el cumplimiento con las vacunas requeridas y prevenir enfermedades mediante el control de las vacunas necesarias. Estas agencias pueden incluir al Departamento de Salud de Minnesota, profesionales licenciados de atención de la salud como médicos y enfermeras, aseguradores médicos, programas Head Start, agencias de salud pública del condado, agencias de acción comunitaria y establecimientos de atención de la salud como hospitales.

| Información sobre la persona a ser vacunada (escriba en letra de molde) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------|--------------------|--------------|-----------------------------|---|--------------------------------|---------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Nombre: Apellido | Primer nombre | Inicial del segundo nombre | Fecha de nacimiento | Edad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: Calle | | Ciudad | Condado | Estado | Código Postal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vacuna(s) a darse: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> DTaP</td> <td><input type="checkbox"/> MMR</td> <td><input type="checkbox"/> Hib</td> <td style="text-align: center;"><u>Anti-</u></td> <td style="text-align: center;"><u>Antigripal:</u></td> <td style="text-align: center;"><u>Anti-</u></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DT</td> <td><input type="checkbox"/> Antipoliomielítica</td> <td><input type="checkbox"/> Hep A</td> <td style="text-align: center;"><u>neumocócica:</u></td> <td><input type="checkbox"/> IIV</td> <td style="text-align: center;"><u>meningocócica:</u></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Td</td> <td><input type="checkbox"/> Rotavirus</td> <td><input type="checkbox"/> Hep B</td> <td><input type="checkbox"/> PCV7</td> <td><input type="checkbox"/> LAIV</td> <td><input type="checkbox"/> MCV4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tdap</td> <td><input type="checkbox"/> Varicela</td> <td><input type="checkbox"/> HPV</td> <td><input type="checkbox"/> PPV23</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> MPSV4</td> </tr> <tr> <td colspan="6"><input type="checkbox"/> Otra: _____</td> </tr> </table> | | | | | | <input type="checkbox"/> DTaP | <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> Hib | <u>Anti-</u> | <u>Antigripal:</u> | <u>Anti-</u> | <input type="checkbox"/> DT | <input type="checkbox"/> Antipoliomielítica | <input type="checkbox"/> Hep A | <u>neumocócica:</u> | <input type="checkbox"/> IIV | <u>meningocócica:</u> | <input type="checkbox"/> Td | <input type="checkbox"/> Rotavirus | <input type="checkbox"/> Hep B | <input type="checkbox"/> PCV7 | <input type="checkbox"/> LAIV | <input type="checkbox"/> MCV4 | <input type="checkbox"/> Tdap | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> PPV23 | | <input type="checkbox"/> MPSV4 | <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> DTaP | <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> Hib | <u>Anti-</u> | <u>Antigripal:</u> | <u>Anti-</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> DT | <input type="checkbox"/> Antipoliomielítica | <input type="checkbox"/> Hep A | <u>neumocócica:</u> | <input type="checkbox"/> IIV | <u>meningocócica:</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Td | <input type="checkbox"/> Rotavirus | <input type="checkbox"/> Hep B | <input type="checkbox"/> PCV7 | <input type="checkbox"/> LAIV | <input type="checkbox"/> MCV4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Tdap | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> PPV23 | | <input type="checkbox"/> MPSV4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>He leído o me han explicado la(s) hoja(s) de información tituladas "Lo que necesita saber", también conocidas como "información sobre vacunas", referentes a la(s) vacuna(s) y enfermedad(es) indicadas anteriormente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos y pido que me coloquen la(s) vacuna(s) a mí o a la persona arriba nombrada. Si la persona arriba nombrada es menor de edad, doy fe de que soy el padre o la madre del niño, un representante autorizado o tutor legal y que puedo dar mi consentimiento a la vacunación.</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma de la persona a ser vacunada o, en el caso de un menor, del padre o madre, representante autorizado o tutor legal: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| X _____ | | | Fecha: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| For Clinic/Office Use | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Clinic/office address: | | | | | |
| Date vaccine(s) administered: | | | | | |
| Vaccine type | | | | | |
| Manufacturer | | | | | |
| Lot number | | | | | |
| Site of injection/route | | | | | |
| Given by (initials*) | | | | | |
| Date on VIS | | | | | |
| Date VIS given | | | | | |
| *Signature and title of person(s) administering vaccine | | | | | |
| _____ _____ | | | | | |
| Note to providers: Federal and Minnesota state law do not require signatures acknowledging receipt of vaccine information statements (VISs). However, to conform with your own agency policies, you may wish to use this form during clinics to record the signature of the vaccinee or authorized representative as well as NCVIA requirements. | | | | | |