

ATTENTION

According to Florida Statute **745.0645**, all children under the age of 18 years old, receiving immunizations, **must be accompanied** by one of the following persons:

**MOTHER
FATHER
LEGAL GUARDIAN**

A reasonable attempt will be made to contact the child's parent or legal guardian if the child **is accompanied by** one of the following:

STEPMOTHER	ADULT SISTER
STEPFATHER	ADULT BROTHER
GRANDMOTHER	ADULT AUNT
GRANDFATHER	ADULT UNCLE

(ADULT - 18 YRS OR OLDER)

ATENCIÓN

De acuerdo al Estatuto de Florida **745.0645**, todos los niños menores de 18 años de edad, recibiendo vacunas, **tienen que estar acompañados** por una de las siguientes personas:

**MADRE
PADRE
GUARDIAN LEGAL**

Se hará un esfuerzo razonable para comunicarse con los padres o guardianes legales si el niño **está acompañado por** unas de las siguientes personas:

MADRASTRA	HERMANA MAYOR
PADRASTRO	HERMANO MAYOR
ABUELA	TÍA
ABUELO	TÍO

(ADULTO - DE 18 AÑOS O MAYOR)



Florida Department of Health in Collier County Immunization Services

PAGER NUMBER

PATIENT NAME: _____

DATE OF BIRTH: ____/____/____
Month Day Year

PERSON ACCOMPANYING CHILD TODAY: Mother Father Legal Guardian Other
 NAME: _____ RELATION: _____

PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS BY CIRCLING THE ANSWERS BELOW

What language is easiest for you to read?	English	Spanish	Creole	Other		
Do you need a certificate of immunization for school or daycare?	YES	NO				
What grade will your child be in this school year?	Childcare	Pre-K	Kindergarten	Elementary 1 2 3 4 5	Middle 6 7 8	High School 9 10 11 12
Does your child have a Medical Doctor?	YES	NO	IF YES, WHO IS THEIR DOCTOR? _____			
Does your child have any type of Medical Insurance or Medicaid?	YES	NO	IF YES, WHAT TYPE OF INSURANCE OR MEDICAID? _____			
Has your child ever had the chickenpox disease?	YES	NO	IF YES, AT WHAT AGE? _____			

RECOMMENDED VACCINES

Do you want your child to have any of these vaccines today? (Please Circle Yes or No)

Hepatitis A	YES	NO	Hepatitis A is a serious liver disease. This is a two dose series spaced 6 months apart. *
Human Papillomavirus Virus (HPV) (11 through 18 years of age)	YES	NO	HPV vaccine is approved by the FDA and is recommended by the CDC for both males and females. The vaccine prevents infection with human papillomavirus (HPV) types that are associated with many cancers. HPV is now routinely given at 11 thru 14 years of age as a two dose series, while those who start the HPV series at 15 years of age, receive the vaccine as a three-dose series. *
Meningococcal (Meningitis) (11 through 18 years of age)	YES	NO	Meningococcal disease is a serious bacterial illness; it is an infection of the fluid surrounding the brain and spinal cord. College freshmen who live in dorms and teenagers have an increased risk. One dose is given at 11 years of age, followed by a booster at 16 years old. *
Influenza (Flu) October through June Only *While Available*	YES	NO	Influenza is a contagious disease caused by the influenza virus which can be spread by coughing, sneezing, or nasal secretions. Adults and children need one dose each year during flu season. *

*Please read the vaccine information statement and talk with your health care provider for more information.

Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens

PATIENT NAME _____

DATE OF BIRTH / /
month / day / year

For parents/guardians: The following questions will help us determine which vaccines your child may be given today. If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean your child should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

	yes	no	don't know
1. Is the child sick today?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the child have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has the child had a health problem with lung, heart, kidney or metabolic disease (e.g., diabetes), asthma, or a blood disorder? Is he/she on long-term aspirin therapy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. If the child to be vaccinated is 2 through 4 years of age, has a healthcare provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. If your child is a baby, have you ever been told he or she has had intussusception?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had brain or other nervous system problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Does the child or a family member have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. In the past 3 months, has the child taken medications that affect the immune system such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs for the treatment of rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or had radiation treatments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. In the past year, has the child received a transfusion of blood or blood products, or been given immune (gamma) globulin or an antiviral drug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORM COMPLETED BY _____ DATE _____

FORM REVIEWED BY _____ DATE _____

Did you bring your immunization record card with you? yes no

It is important to have a personal record of your child's vaccinations. If you don't have one, ask the child's healthcare provider to give you one with all your child's vaccinations on it. Keep it in a safe place and bring it with you every time you seek medical care for your child. Your child will need this document to enter day care or school, for employment, or for international travel.



Departamento de Salud del Condado de Collier Servicios de Inmunización

PAGER NUMBER

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____
Mes Día Año

PERSONA ACOMPAÑANDO EL NIÑO HOY: Madre Padre Guardian Legal Otro
 NOMBRE: _____ RELACION: _____

FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGIENTES PREGUNTAS EN CIRCULANDO LAS RESPUESTAS DE ABAJO

¿Que idioma es mas facil para usted leer?	Ingles	Español	Cróele	Otro		
¿Necesitas el certificado de inmunizacion para la escuela o guarderia?	SI	NO				
¿En que grado estara su hijo este año escolar?	Guarderia	Pre-K	Kindergarten	Primaria 1 2 3 4 5	Intermedia 6 7 8	Superior 9 10 11 12
¿Tiene su hijo su propio doctor médico?	SI	NO	EN CASO AFIRMATIVO, QUIEN ES EL DOCTOR? _____			
¿Tiene su hijo algun tipo de Seguro Medico o Medicaid?	SI	NO	EN CASO AFIRMATIVO, QUE TIPO? _____			
¿Ha tenido su hijo la enfermedad de la Varicela?	SI	NO	EN CASO AFIRMATIVO, A QUE EDAD? _____			

VACUNAS RECOMENDADA

Deseas que su hijo obtenga las vacunas siguientes hoy? **(Por favor, marcar si/no)**

Hepatitis A	SI	NO	La hepatitis A es una enfermedad grave del hígado. La vacuna es una serie de dos dosis, espaciadas entre 6 meses. *
Virus del Papiloma Humano (VPH) (Edades 11 a 18 años)	SI	NO	La vacuna contra el VPH está aprobada por la FDA y es recomendada por el CDC para hombres y mujeres. La vacuna previene la infección con tipos de virus de papiloma humano (VPH), que están asociados con muchos cánceres. Actualmente, el VPH se administra de forma rutinaria a los 11 a 14 años de edad como una serie de dos dosis, mientras las personas que empiecen la serie de VPH a los 15 años de edad, reciben la vacuna como una serie de tres dosis. *
Meningocócica (Meningitis) (Edades 11 a 18 años)	SI	NO	La enfermedad meningocócica es una enfermedad bacteriana grave. Universitarios de primer año que viven en los dormitorios y los adolescentes tienen un mayor riesgo. Una dosi se aplica seguida por un refuerzo. *
Influenza (Gripe) Octubre a Junio *Mientras Disponible*	SI	NO	La gripe es una enfermedad contagiosa causada por el virus de la gripe que puede propagarse a través de la tos, estornudos o secreciones nasales. Los adultos y los niños necesitan una dosis cada año durante la temporada. *

*Por favor, leas el documento de información de vacuna y hablar con su médico para obtener más informacion

Questionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____
mes día año

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

	sí	no	no sabe
1. ¿Está enfermo hoy el niño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico el niño 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 el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿le dijo algún profesional de la salud en los últimos 12 meses que el niño tuvo sibilancias o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si el niño es bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; ha tenido el niño problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿En los últimos 3 meses el niño ha tomado medicamentos que afecten el sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o tuvo tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Durante el año pasado, ¿le hicieron al niño una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o algún medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño 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 hoy? sí no

Es importante que tenga un comprobante de vacunación personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al profesional de la salud de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de a su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo todas las veces que su hijo reciba atención médica. Su hijo necesitará este documento importante por el resto de su vida para ingresar a la guardería o a la escuela, para empleos o para viajar al extranjero.