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 recibiendo vacunas, **deben 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 **esta acompañado por** una de las siguientes personas:

MADRASTRA	**HERMANA MAYOR**
PADRASTRO	**HERMANO MAYOR**
ABUELA	**TÍO**
ABUELO	**TÍA**

(MAYORES DE 18 AÑOS)

Florida HEALTH Collier County

Florida Department of Health - Collier County
Immunization Services

PAGER NUMBER

PATIENT NAME: _____ **DATE OF BIRTH:** ___/___/_____
Month Day Year

VACCINE RECORD PROVIDED BY PARENT: YES ☐ NO ☐

IF NO; ARE YOU ABLE TO LOCATE YOUR CHILD'S RECORD? YES ☐ NO ☐

PERSON HERE WITH CHILD TODAY: ☐ Mother ☐ Father ☐ Legal Guardian ☐ Other

NAME: _____ **RELATIONSHIP:** _____

PLEASE CIRCLE YOUR ANSWERS BELOW						
What language is easiest for you to read?	English	Spanish	Creole	Other		
Do you need a form for school or daycare?	YES	NO				
What grade will your child be in this 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 any type of insurance, including Medicaid?	YES	NO	IF YES, WHAT TYPE? _____			
Has your child ever had the chickenpox disease?	YES	NO	IF YES, IN WHAT YEAR: _____			

OPTIONAL VACCINES (Not Required for School Entry)

Do you want your child to have any of these vaccines today? **(Please circle yes/no)**

Hepatitis A	YES	NO	Hepatitis A is a serious liver disease. This is a two dose series spaced 6 months apart.*
Influenza (Flu) October through June ***while still 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, but children 6 months through 8 years old need two doses to be fully protected.*
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 followed by a booster.*
Human Papillomavirus (HPV) (11 through 18 years of age)	YES	NO	Genital human papillomavirus (HPV) is the most common sexually transmitted virus in the United States. HPV can cause cervical cancer in women. It can cause genital warts and warts in the throat in both men and women. This is a three dose series.*
Varicella (Chickenpox)	YES	NO	Chickenpox is a common childhood disease. It can be spread from person to person through the air, or by contact with fluid from chickenpox blisters. It can be serious, especially in young infants and adults. A second dose is recommended for all children and adolescents.*

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

Patient name: _____ Date of birth: ____/____/____ (mo.) (day) (yr.)

Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens

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?	☐	☐	☐
2. Does the child have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex?	☐	☐	☐
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past?	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐
5. If the child to be vaccinated is between the ages of 2 and 4 years, has a healthcare provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months?	☐	☐	☐
6. If your child is a baby, have you ever been told he or she has had intussusception?	☐	☐	☐
7. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had brain or other nervous system problems?	☐	☐	☐
8. Does the child have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem?	☐	☐	☐
9. In the past 3 months, has the child taken medications that weaken their immune system, such as cortisone, prednisone, other steroids, or anticancer drugs, or had radiation treatments?	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐
11. Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month?	☐	☐	☐
12. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks?	☐	☐	☐

Form completed by: _____ Date: _____

Form reviewed by: _____ Date: _____

Did you bring your child's 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.

Technical content reviewed by the Centers for Disease Control and Prevention

www.immunize.org/catg.d/p4060.pdf • Item #P4060 (10/12)

Florida HEALTH
Collier County

Florida Department of Health - Collier County
Immunization Services

PAGER NUMBER

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ___/___/___
COMPROBANTE DE VACUNACION PROPORCIONADA POR EL PADRE: SI ☐ NO ☐ Mes Dia Año
SI NO, ERES CAPAZ DE LOCALIZARLO? SI ☐ NO ☐

PERSONA ACOMPAÑANDO EL PACIENTE HOY: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Guardian Legal ☐ Otro
NOMBRE: _____ **RELACIÓN:** _____

FAVOR CIRCULE LAS RESPUESTAS SIGUIENTAS						
Que idioma es mas facil para usted leer?	Ingles	Espanol	Cróele	Otro		
Necesitas la forma certificada para la escuela o guarderia?	SI	NO				
En que grado esta su hijo(a) este año?	Guarderia	Pre-K	Kindergarten	Primaria 1 2 3 4 5	Intermedia 6 7 8	Superior 9 10 11 12
Su hijo(a) tiene seguro de salud o Medicaid?	SI	NO	EN CASO AFIRMATIVO, QUE TIPO: _____			
Ha tenido alguna vez su hijo(a) la enfermedad de la Varicela o la China?	SI	NO	EN CASO AFIRMATIVO, EN QUE AÑO: _____			

VACUNAS OPCIONALES (No se Requiere para el Ingreso Escolar)

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

Hepatitis A	SI	NO	La hepatitis A es una enfermedad grave del hígado. Esta es una serie de dos dosis espaciadas a 6 meses de diferencia.*
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, pero los niños de 6 meses hasta los 8 años de edad necesitan dos dosis para estar completamente protegido
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.
Virus del Papiloma Humano (VPH) (Edades 11 a 18 años)	SI	NO	Genital virus del papiloma humano (VPH) es el virus de transmisión sexual más común en los E.U. VPH puede causar cáncer cervical en las mujeres. Puede causar verrugas genitales y verrugas en la garganta en hombres y mujeres. Se trata de un series de tres dosis.
Varicela (la china)	SI	NO	Varicela es una enfermedad común de la infancia. El virus de la varicela puede transmitirse de persona a persona a través del aire o por contacto con fluidos de ampollas de varicela. Es generalmente leve, pero puede ser grave, especialmente en los niños, jóvenes y adultos. Se recomienda una segunda dosis para todos los niños y adolescentes

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

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(mes) (día) (año)

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

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?	☐	☐	☐
2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	☐	☐	☐
3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐
6. Si el niño es bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo intususcepción?	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐
8. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	☐	☐	☐
9. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño medicamento que debiliten su sistema inmunológico, tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐
11. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	☐	☐	☐
12. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐

Formulario llenado por: _____ Fecha: _____

Formulario revisado por: _____ Fecha: _____

¿Trajo el comprobante de vacunación de su hijo? **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.

Translation by Transcend, Davis, CA

www.immunize.org/catg.d/p4060-01.pdf • Item #P4060-01 Spanish (10/12)