

**ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE BALTIMORE
DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE BALTIMORE
AUTORIZACIÓN PARA VACUNAS y REGISTRO DE VACUNAS**

"He leído o alguien me ha explicado la información en la Declaración de Información sobre Vacunas (VIS) o la Declaración de Información Importante sobre las vacunas que se enumeran a continuación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas que se enumeran a continuación y solicito que se me administre la vacuna o a la persona en nombre de la cual estoy autorizado a hacer esta solicitud". Las vacunas son _____:

Padre/Madre debe llenar: Información sobre la persona que recibirá la vacuna (escriba en letra de molde).					
Nombre:	Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección:	Calle	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
X _____ Fecha: _____					
Firma Autorizada					
Consentimiento para administrar vacunas a un menor por una persona que no sea el padre/madre					
Certifico que _____ me autorizó a consentir a que					
(Padre/Madre/Tutor del Menor)					
_____ reciba las vacunas requeridas.					
(Nombre del menor)					
Testigo	Fecha	Firma	Relación	Fecha	
Las siguientes preguntas nos ayudarán a decidir cuáles vacunas podemos administrarle a su hijo hoy: Sí No No Sé					
1. ¿Está el niño enfermo hoy? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
2. ¿Es alérgico el niño a medicamentos, alimentos, látex o cualquier vacuna? Si contesta sí, ¿cuál? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
3. ¿Ha tenido alguna vez el niño una reacción grave a una vacuna? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
4. ¿Ha sufrido el niño de algún problema de salud como asma, enfermedad del pulmón, enfermedad del corazón, enfermedad del riñón, enfermedad metabólica (por ej. diabetes) o trastorno de la sangre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
5. Si el niño que recibirá la vacuna tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿le ha dicho algún proveedor de la salud que el niño ha tenido sibilancias o asma durante los pasados 12 meses? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
6. ¿Ha tenido el niño convulsiones o algún problema relacionado con el cerebro o sistema nervioso? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
7. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
8. ¿Ha tomado el niño cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos anti-cáncer, o ha recibido radioterapia durante los pasados 3 meses? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
9. ¿Ha recibido el niño una transfusión de sangre o productos de la sangre, o se le ha administrado inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral durante el pasado año? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
10. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna probabilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
11. ¿Ha recibido el niño vacunas durante las pasadas 4 semanas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

Revisado por _____ Fecha _____

Título _____

