

****Favor de Completar Este Formato con Tinta Negra****

Novant Health Community Care Cruiser Program

Fecha de Hoy: ___/___/_____

Nombre del Niño (a): _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/_____

Número de Casa y Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Padre/Nombre del Tutor Legal: _____ Relación: _____

Contacto de Emergencia: _____ Número de Teléfono: _____

Origen Étnico: Afro-Americano Asiático Anglosajón Hispano Otro: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Favor de seleccionar su estado actual de seguro médico: Sin Seguro Medicaid NC HealthChoice Seguro Médico

Ingreso Mensual: _____ Número de Personas en el Hogar : _____

¿Su hijo ha tenido Varicela alguna vez?: SI NO

****Si el formato no está completamente lleno, no podremos vacunar a su hijo (a)****

Cuestionario de contraindicaciones

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
mes día año

para vacunación de niños y adolescentes

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos administrar a su hijo hoy. Si responde "sí" a alguna pregunta, no necesariamente significa que no se debe vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, solicítele a su proveedor de atención médica que se la explique.

| | sí | no | no sé |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿El niño está enfermo hoy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿El niño es alérgico a algún medicamento, alimento, componente de vacunas o al látex? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿El niño ha tenido alguna reacción seria a una vacuna en el pasado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿El niño tiene algún problema de salud crónico en los pulmones, el corazón o los riñones, o sufre de enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, no tiene bazo, tiene deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o derrame de líquido cefalorraquídeo? ¿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, ¿le ha dicho algún proveedor de atención médica que el niño tuvo sibilancia o asma en los últimos 12 meses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Si el niño es un bebé, ¿le han dicho alguna vez que tuvo intususcepción? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿El niño, uno de sus hermanos o uno de sus padres ha tenido convulsiones; o el niño ha tenido problemas cerebrales o algún otro problema del sistema nervioso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿El niño o un miembro de su familia tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Uno de los padres, hermanos o hermanas del niño tiene algún problema en su sistema inmunitario? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿En los últimos 3 meses, el niño ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunitario, tales como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o 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"/> |
| 11. Durante el año pasado, ¿el niño recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o se le administró inmunoglobulina, gammaglobulina o algún medicamento antiviral? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿La niña/adolescente está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Se le aplicó alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FORMA LLENADA POR _____ FECHA _____

FORMA REVISADA POR _____ FECHA _____

¿Tiene una copia del registro de vacunación de su hijo/a? sí no

Además de su documentación de registro, por favor envíe por correo electrónico o por texto una copia de los registros de vacunación de su hijo/a a communitycruiser@novanthealth.org. Completar esta información con anticipación reducirá drásticamente su tiempo de espera. Es importante que tenga un registro personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al proveedor de atención médica de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévalo con usted todas las veces que busque atención médica para su hijo. Su hijo necesitará este documento para ingresar a la guardería o a la escuela, para obtener empleo o para viajar al extranjero.

Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens

Saint Paul, Minnesota • 651-647-9009 • www.immunize.org • www.vaccineinformation.org

www.immunize.org/catg.d/p4060-01.pdf • Item #P4060-01 Spanish (8/19)

| | | | | |
|--|-------------------|------------------------------|----------------------------------|---|
| INFORMACIÓN DEL PACIENTE | | N.º de cuenta: | N.º de historia clínica: | Fecha: |
| Nombre del paciente: | | Médico que refiere: | | N.º de teléfono del médico que refiere: |
| Dirección: | | Médico de cabecera: | | |
| Ciudad/Estado/Código postal: | | Empleador/Escuela: | | |
| N.º de teléfono (casa): | Teléfono celular: | Teléfono del trabajo: | Dirección de correo electrónico: | |
| Fecha de nacimiento: | | Edad: | Estado civil: | Sexo: |
| Raza: | Origen étnico: | | | |
| Contacto en caso de emergencia (nombre): | Relación: | N.º de teléfono (casa): | N.º de teléfono móvil: | |
| Persona responsable: | Relación: | Fecha de nacimiento: | | |
| Dirección de la persona responsable: | | Ciudad/Estado/Código postal: | N.º de teléfono: | |

Consentimiento general: Otorgo mi consentimiento para recibir atención médica en Novant Health. Esto incluye los análisis de laboratorio que se necesiten y pruebas de VIH. Por ley, comprendo que si hay una exposición de riesgo a mi sangre o a mis líquidos corporales, es posible que se me realicen pruebas para detectar VIH o el virus de la hepatitis B o C. Los resultados de esas pruebas se compartirán con el profesional de atención médica que estuvo expuesto. Tengo plena conciencia de que la atención médica no es una ciencia exacta. No me han dado garantía alguna. Si me hospitalizan, acepto enviar cualquier objeto de valor a mi casa. Acepto que Novant Health no se responsabiliza por pérdidas o daños a mis pertenencias.

Comprendo la información anterior y estoy de acuerdo con ella. Este consentimiento es válido durante tres (3) años.

Firma del paciente o la persona responsable: _____ **Fecha** _____ **Hora** _____

Responsabilidad financiera: Acepto pagar todos los servicios médicos brindados. Comprendo que posiblemente deba llamar a mi compañía de seguros para determinar si aprobará y pagará la atención médica. Tengo plena conciencia de que es posible que los médicos y otras personas que brindan atención no sean empleados de Novant Health. Actúan por cuenta propia y no bajo la dirección de Novant Health. Comprendo que recibiré una factura separada por sus servicios. Autorizo la facturación a mi plan de seguro médico por los servicios que reciba. Tengo plena conciencia de que esto no significa que mi plan de seguro médico aceptará pagar los servicios. Acepto pagar cualquier monto que no esté cubierto. Autorizo la solicitud de cobertura de seguro médico que pueda estar a mi disposición. Acepto ayudar en este proceso. Cedo todos mis derechos y reclamos de pago contemplados en cualquier plan de seguro médico a Novant Health y a cualquier otro proveedor que brinde tratamiento. Designo a Novant Health, los demás proveedores que brindan tratamiento o sus agentes como mi "representante autorizado" para actuar en mi nombre a fin de obtener el pago de los servicios brindados. Si pago más de lo que debo por esta visita médica, acepto que ese excedente pueda ser utilizado para pagar cualquier factura adeudada que tenga con cualquier centro de Novant Health. Concedo mi Doy permiso para ser contactado para fines de tratamiento o de pago a través de cualquiera de los números de teléfono o direcciones de correo electrónico que he dado permiso para que se comuniquen conmigo a cualquiera de los números de teléfono o direcciones de correo electrónico que he proporcionado. Esto incluye comunicaciones con un mensaje pregrabado, sistema de marcación automática, voz artificial, mensaje por correo electrónico o mensaje de texto. Es posible que las comunicaciones se realicen a través de empresas que ayudan a mis proveedores a cobrar el dinero que debo.

Comprendo la información anterior y estoy de acuerdo con ella. Este consentimiento es válido durante tres (3) años.

Firma del paciente o la persona responsable: _____ **Fecha** _____ **Hora** _____

***Para madres que están por dar a luz, todas estas responsabilidades se aplican a su bebé recién nacido.**

Si la persona no habla inglés de forma fluida o tiene discapacidades auditivas, deben ofrecerse los servicios de un intérprete sin costo adicional:

Intérprete aceptado _____ Intérprete rechazado _____

(Nombre/número de la persona/los servicios seleccionados/utilizados)