



# FDOH-COLLIER IMMUNIZATIONS

**PAGER #**

--

Patient Name: _____	Date of birth: ____/____/____
Person here with child today: ___ Mother ___ Father ___ Legal Guardian ___ Other	
Name: _____	Relation to child: _____
Child's grade level this year: ___ Daycare ___ Pre-K ___ K-5 ___ Middle <b>6 7 8</b> ___ High School <b>9 10 11 12</b>	
If the person or child receiving vaccines has Medicaid or Insurance, what type? _____	

**THE FOLLOWING VACCINES ARE MEDICALLY RECOMMENDED FOR YOUR CHILD BUT ARE NOT REQUIRED FOR SCHOOL. WOULD YOU LIKE YOUR CHILD TO RECEIVE THEM TODAY?**

<b>HEPATITIS A</b>	YES	NO	Hepatitis A is a serious liver disease. This is a two-dose series spaced 6 months apart. *
<b>HPV</b> Human Papillomavirus (11 thru 18 y/o)	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. *
<b>INFLUENZA (FLU)</b> October thru June *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. *
<b>MENINGOCOCCAL</b> (Meningitis) (11 thru 18 y/o)	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 y/o followed by a booster at 16 years old. *

### Screening Checklist for Vaccine Contraindications

The following questions will help us determine which vaccines you or your child may be given today. If you answer 'yes' to any question, it does not necessarily mean that 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 person receiving vaccines sick today?			
2. Does the person receiving vaccines have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex?			
3. Does the person or child receiving vaccines have a history of fainting or dizziness?			
4. Has the person receiving vaccines had a serious reaction to a vaccine in the past?			
5. Has the person receiving vaccines had a health problem with lung, heart, kidney or metabolic disease (e.g., diabetes), asthma, blood disorder, no spleen, complement component deficiency, a cochlear implant, or a spinal fluid leak? Is he/she on long-term blood thinner therapy?			
6. Has the person receiving vaccines had asthma, breathing problems or wheezing episodes?			
7. If the person receiving vaccines is a baby, have you ever been told he or she has had intestinal obstruction?			
8. Has the person receiving vaccines, a sibling, or a parent had a seizure; have they had brain or nervous system problems?			
9. Does the person receiving vaccines, or a family member, have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problems?			
10. In the past 3 months, has the person receiving vaccines, taken medication that affects 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?			
11. In the past year, has the person receiving vaccines, received a transfusion of blood or blood products, or been given immune (gamma) globulin or an antiviral drug?			
12. Is the person receiving vaccines pregnant, or is there a chance she could become pregnant during the next month?			
13. Has the person receiving vaccines been vaccinated in the past 4 weeks?			
14. Has the person receiving vaccines ever have the chickenpox disease? If yes, at what age? _____			



# FDOH-COLLIER IMMUNIZATIONS

PAGER #

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Persona acompañando al niño(a) hoy:** \_\_\_ Madre \_\_\_ Padre \_\_\_ Guardián Legal \_\_\_ Otro  
**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación al niño:** \_\_\_\_\_  
**Nivel de grado del niño este año:** \_\_ Guardería \_\_ Pre-K \_\_ K-5 \_\_ Intermedio **6 7 8** \_\_ Superior **9 10 11 12**  
**Si la persona recibiendo vacunas tiene Medicaid o Seguro, ¿qué tipo?** \_\_\_\_\_

**LAS SIGUIENTES VACUNAS SON RECOMENDADAS MEDICAMENTE PARA SU HIJO(A), PERO NO SON REQUERIDAS PARA LA ESCUELA. ¿LE GUSTARIA RECIBIRLAS HOY?**

<b>HEPATITIS A</b>	SI	NO	La hepatitis A es una enfermedad grave del hígado. La vacuna es una serie de dos dosis, espaciadas entre 6 meses. *
<b>VPH</b> Virus Del Papiloma Humano (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 en una serie de dos dosis, mientras las personas que empiecen la serie de VPH a los 15 años reciben la vacuna como en tres dosis. *
<b>INFLUENZA (GRIPE)</b> octubre a junio *Mientras Disponible*	SI	NO	La influenza 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. *
<b>MENINGOCÓCICA</b> (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 dosis se aplica seguida por un refuerzo a los 16 años. *

**Lista de Comprobación para Contraindicaciones de las Vacunas.**

Las siguientes preguntas nos ayudaran a determinar cuáles vacunas usted o su hijo(a) pueda recibir hoy. Si responde "SI" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que usted o su hijo(a) no deben ser vacunados, simplemente significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, por favor pídale a su proveedor de atención médica, que se lo explique.			
	SI	NO	NO LO SÈ
1. ¿La persona que será vacunada está enferma hoy?			
2. ¿La persona que será vacunada tiene alergia a medicamentos, alimentos, componente de vacunas o látex?			
3. ¿La persona o el niño recibiendo vacunas tiene antecedentes de desmayos o mareos?			
4. ¿La persona que va a recibir vacunas tuvo alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?			
5. ¿La persona que será vacunada tuvo un problema de salud con enfermedad pulmonar, cardiaca, renal o metabólica (por ejemplo, diabetes), asma, trastorno de sangre, ausencia de bazo, deficiencia de componente del complemento, implantes cocleares o fuga de líquido espinal? ¿Tiene terapia del anticoagulante?			
6. ¿La persona que será vacunada tuvo asma, problemas respiratorios o episodios de sibilancias?			
7. Si la persona que será vacunada es un bebe, ¿Le han dicho que ha tenido obstrucción intestinal?			
8. ¿La persona que será vacunada, sus hermanos o padres han tenido convulsiones; ¿han tenido problemas cerebrales u otros problemas del sistema nervioso?			
9. ¿La persona que será vacunada tiene cáncer leucemia VIH/SIDA, o cualquier otro problema del sistema inmunológico?			
10. En los últimos 3 meses, ¿La persona que será vacunada ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunológico, como la prednisona, esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de artritis reumatoide, enfermedad Crohn o Psoriasis, o han sometido tratamientos de radiación?			
11. En el último año, ¿La persona que será vacunada recibió transfusión de sangre o productos sanguíneos, o se le administro globulina inmune (gamma) o un medicamento antiviral?			
12. ¿La persona que será vacunada está embarazada o existe la posibilidad de que puede quedar embarazada durante el próximo mes?			
13. ¿La persona que será vacunada ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?			
14. ¿La persona que será vacunada, ha tenido la Varicela? ¿En caso afirmativo, a qué edad? _____			