

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Esta información es confidencial y será utilizada solamente con el propósito de evaluación para la vacunación

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA LA VACUNACIÓN DE Tdap PARA LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA ESCUELA

Para los Padres/Tutores: Las preguntas en esta página tienen 2 propósitos:

1. Determinar si existe alguna razón para que su niño/a no reciba la vacuna de refuerzo de Tdap contra la Tos Ferina.
2. Determinar si el niño/a califica para recibir la vacuna a través del programa VFC. **Solamente los niños que califican podrán recibir la vacuna que es administrada en la escuela.**

Por favor responda a todas las preguntas, firme el formulario, y devuélvalo a la escuela de su niño/a junto a una copia de la cartilla de vacunación de su niño/a.

Responda a todas las siguientes preguntas con un sí, no o no sé.	SÍ	NO	NO SÉ
1. ¿Está enfermo su niño/a hoy?			
2. ¿Tiene su niño/a alguna alergia al látex, algún medicamento o alimento? De ser así, ¿A qué es alérgico?			
3. ¿Ha tenido su niño/a alguna reacción alérgica a alguna vacuna en el pasado?			
4. ¿Ha tenido su niño/a algún ataque de epilepsia o enfermedad que afecte su cerebro?			
5. ¿Sufre su niño/a de cáncer, leucemia, SIDA u otra enfermedad del sistema inmunológico?			
6. ¿Ha tomado su niño/a cortisona, prednisona u otros esteroides, medicamentos para combatir el cáncer o tratamientos de radiación durante los últimos 3 meses?			
7. ¿Ha recibido su niño/a algún producto de transfusión de sangre o ha recibido inmunoglobulina (de tipo gamma) o algún medicamento antiviral durante el último año?			

1. ¿Qué tipo de seguro médico tiene su niño/a? _____ <input type="checkbox"/> Mi niño/a no tiene seguro médico <input type="checkbox"/> Mi niño/a tiene seguro de Medi-Cal
2. Mi niño/a es Americano Nativo/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Primer nombre de la madre del niño/a: _____

Yo he leído la Declaración para la Vacunación de Tdap y pido que mi niño/a reciba la vacuna.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

FOR CLINIC USE ONLY

Form reviewed by _____
Qualifies for VFC <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Shot given by _____ Date _____
Left Right Manufacturer Lot # Exp. Date