



**Historia Medica**

Num.de Paciente \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas nos ayudaran a determinar cuales vacunas debera recibir hoy. Si alguna pregunta no esta clara, favor de pedirle una explicacion a su proveedor medico.

**PLEASE MARK ANSWER**

El cliente esta enfermo hoy?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO
Tiene el cliente alguna alergia conocida a medicacion, comida, vacuna componente o latex? (por ejemplo huevos) Por favor liste: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO
Ha tenido el cliente una reaccion seria despues de recibir vacunas? ( de rutina o de la gripe)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO
Ha tenido el paciente el syndrome de Guillain-Barre ( un tipo de debilidad seria temporalmente en los Musculos) convulsiones, o desordenes neurologicos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO
Tiene el paciente cancer, leukemia, HIV/Sida, problemas del sistema inmunologico o tiene contacto cercano con una persona que tenga que tener un ambiente protegido ( por ejemplo, alguien que acaba de tener un transplante de medulla osea)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO
Toma el cliente cortisone, prednisone, otros esteroides o medicamentos contra el cancer, o ha tenido el cliente tratamientos de radiacion?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO
Durante el <b>ultimo ano</b> , a recibido el cliente una transfusion de sangre, o le han dado al cliente medicina llamada globulina (gamma) immune? Si, cuando? Mes _____ Dia _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO
Ha recibido el cliente vacunas de MMR, Varicela, Rotavirus o Influenza intranasal en las <b>ultimas 4 semanas</b> ? Si, cuando: Mes _____ Dia _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO
Tiene el cliente alguno de lo siguiente: asma, respiracion sibilante, diabetes ( o alguna otra enfermedad metabolica), o enfermedad de los rinones, del Corazon, de los pulmones, los nervios, el higado, o enfermedad de la sangre?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO
Ha tenido, el paciente la enfermedad de varicella? Si, cuando? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO
Tiene su familia Dentista ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO
Ha visitado su hijo/a un Dentista durante el ultimo ano?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO
<b>Para Mujeres:</b> esta Usted embarazada o podria estar embarazada durante el proximo mes?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO

He recibido las Declaraciones de informacion de vacunas para la vacunas que me van a administrar en esta visita.

**DOY CONSENTIMIENTO** - Para CDHD y el personal para administrar las vacunas recomendadas a mi hijo /a mi .

**NO DOY CONSENTIMIENTO** para que a mi hijo/o a mi para que den las siguientes vacunas: DTaP / Flu / Hep A / Hep B / HIB / HPV / Meningitis / MMR / PCV 13 / Polio / Rotavirus / Tdap / Varicella

Mi hijo / o yo voy a volver a CDHD para mis vacunas o  Mi hijo /o yo vorveremos con nuestro medico para vacunas

Firma de la persona responsable: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_ Enfermera \_\_\_\_\_