

**DEPARTAMENTO DEL CONDADO DE OTTAWA
ASENSO PARA VACUNAS PARA LA AUTORIZACION
DE UN INDIVIDUO NO-PADRE O NO-GUARDIAN**

Yo doy permiso para que mi hijo/a _____
sea inmunizado por el Departamento de Salud del Condado de Ottawa. Yo también doy
permiso que _____
acompañe a mi hijo/a cuando reciba sus vacunas y para que firme la tarjeta de las
vacunas en mi ausencia.

Yo he recibido una copia y he leído o he tenido la información explicado que se contiene
en la DECLARACION INFORMATIVO SOBRE VACUNAS sobre las enfermedad (es)
y las vacuna (s) que serán dados. Yo he leído y completado la CUESTIONAIRO DE
SELECCIÓN PARA VACUNACIÓN DE NINOS Y ADOLESCENTES que se
encuentra en el lado reverso de esta forma de asenso. He tenido la oportunidad para
llamar al Departamento de Salud del Condado de Ottawa. Yo pienso que entiendo los
beneficios y los riesgos asociados con las vacunas específicas. Como tengo autoridad de
dar permiso para aquello individuo, yo pido que las vacunas que he pedido se darán a la
persona nombrada (hijo/a) y pido que las vacunas que he pedido se darán a la persona
nombrada (hijo/a) y pido que las vacunas dados sean documentados en la cartilla de
vacunas.

Esta forma de asenso será firmado y la evaluación de salud completada dentro de 24
horas antes que su hijo/a reciba las vacunas.

Firma del Padre o Guardián Legal

Fecha

Si tiene preguntas o preocupaciones, por favor de llamar:
El Departamento De Salud del Condado de Ottawa
(616) 396-5266

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
(mes) (día) (año)

Cuestionario de selección para vacunación de niños y adolescentes

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos dar hoy a su hijo. Si contesta “sí” a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no deben vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

Sí No No sabe

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? Porfavor escribe. _____	<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 ha tenido algún problema de salud como enfermedad de pulmonar, cardíaca, renal o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre? ¿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 de edad, ¿le ha dicho algún proveedor de atención médica que el niño tuvo sibilancias 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 padres, ha tenido convulsiones; 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(a) le han removido el bazo o le han dicho que el bazo del niño(a) no está funcionando? ¿O que el niño tiene enfermedad de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿El niño, uno de sus hermanos o padres, cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. En los últimos 3 meses, el niño ha tomado medicamentos que afecten su sistema inmunitario, tomo prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la 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 o 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"/>

Formulario llenado por _____ Fecha: _____

For clinic use only:

DTaP _____	IIV4 _____	PPSV23 _____
DTaP/IPV _____	IPV _____	RV5 _____
DTaP/IPV/HepB _____	LAIV4 _____	Td _____
DTaP/IPV/HIB _____	MenACYW _____	Tdap _____
HepA _____	MenB _____	VAR _____
Hep B _____	MMR _____	Other _____
HIB _____	MMRV _____	Other _____
HPV9 _____	PCV13 _____	Other _____