

**Registro de Vacunación de California (CAIR, en inglés)**

VISIT #: \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en permitir que se comparta mi información de vacunas/TB o la de mi niño(a) con otras agencias, escuelas, o clínicas en el Registro de Vacunación de California.\*

Nombre del cliente	Fecha de Nacimiento	Sexo	Nombre de la madre y apellido materno
(Letra de molde)	Mes/día/año		
_____	____/____/____	M F	_____
(Primer Nombre, Inicial, Apellido)			
_____	____/____/____	M F	_____
_____	____/____/____	M F	_____
_____	____/____/____	M F	_____
_____	____/____/____	M F	_____

Internal use only:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Ciudad, Estado, Código Postal:** \_\_\_\_\_

En esta fecha, he recibido (o me han ofrecido) la **Notificación de Práctica de Privacidad** de la Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama. Esta notificación describe como la Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama usaría y revelaría tu información médica. La Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama te recomienda que lo revises completamente.

**Firma del cliente o del Padre/Guardián:**  Cliente  Padre/Guardián **Fecha:** \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_

**Si el cliente es menor de edad, escribe el nombre del padre/guardián:**

\_\_\_\_\_  
 (Primer nombre, Inicial, Apellido)

Yo no autorizo que se comparta el registro de vacunas/la prueba de Tuberculosis (TB), ya sea mi información o la de mi niño(a), con agencias, escuelas, o clínicas en el Registro de Vacunación de California.\*

\*Nota: Su registro de vacunas/TB puede ser registrado en CAIR para el uso de esta oficina. Por ley, oficiales de salud pública podrán tener acceso a su registro de vacunas/TB en caso de una emergencia de salud pública.



**Qué tipo de seguro médico tiene usted o su niño(a)? Por favor marque los que le aplican.**

- Medi-Cal/CHDP
- No tiene seguro médico
- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Seguro médico privado- no cubre vacunas
- Seguro médico privado
- Medicare

Las siguientes preguntas nos ayudaran a determinar cuáles vacunas podría recibir el cliente el día de hoy. Si contesta “SI” a cualquiera de las preguntas, no significa que el cliente no podrá ser vacunado; solamente significa que la enfermera le hará preguntas adicionales. Si usted fue el cliente, conteste las preguntas sobre usted. Si su niño(a) es el cliente, conteste las preguntas sobre el niño(a). Si no entiende alguna pregunta, pida que se le explique.

**Si está llenando esta sección para más de una persona, por favor, escriba el nombre del cliente en el cuadro al marcar “si” a una pregunta.**

1. Si el cliente es menor de 18 años de edad, ¿es usted el padre o guardián? (Si contesta “NO”, tiene que tener una nota del padre/madre del cliente.)	SI	NO
2. ¿Está el cliente enfermo o tiene fiebre hoy?	SI	NO
3. Tiene el cliente alergia a algún medicamento, alimento, algún componente de las vacunas o al látex?	SI	NO
4. ¿Alguna vez ha tenido el cliente una reacción seria después de ser vacunado?	SI	NO
5. ¿Tiene el cliente alguna enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones, enfermedad metabólica, (como diabetes), asma, o un trastorno de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	SI	NO
6. ¿El cliente o alguno de sus hermanos, ha tenido convulsiones, problemas cerebrales o algún otro problema del sistema nervioso?	SI	NO
7. ¿Tiene el cliente cáncer, leucemia, SIDA, o algún otro problema del sistema inmunológico?	SI	NO
8. En los últimos 3 meses, ¿el cliente, o alguien en la familia, ha tomado cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cáncer, o han recibido tratamientos de radiación?	SI	NO
9. Durante el año pasado, ¿ha recibido el cliente una transfusión de sangre o de productos de la sangre, le dieron inmunoglobulina o gammaglobulina o algún medicamento antiviral?	SI	NO
10. ¿Es posible que la clienta este embarazada o que esté planeando quedar embarazada durante el próximo mes?	SI	NO
11. ¿Ha recibido el cliente alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	SI	NO
12. <b><i>Para clientes menores de 1 año de edad</i></b> ¿Le dijeron alguna vez que su bebe tuvo intususcepción?	SI	NO