

Departamento de Salud Pública del Estado de Illinois

Registro de Determinación de Elegibilidad  
Programa de vacunas para niños (VFC)

La determinación de elegibilidad para el programa de VFC debe de ocurrir con cada visita de vacunación.

1. Fecha (mm/dd/aaaa) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_
2. Nombre Completo del niño/a \_\_\_\_\_  

Apellido
Nombre
Inicial
3. Fecha de nacimiento del niño/a (mm/dd/aaaa) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_
4. Nombre del Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_
5. ¿Este niño/a califica para el programa de VFC?

\_\_\_ V01 – No califica para el programa de VFC –tiene seguro medico que cubre las vacunas

\_\_\_ V22 – No califica para el programa de VFC- Esta registrado con fondos del programa de CHIP/Medicaid Titulo XXI (21) o del estado

\_\_\_ V02 – Califica – recibe la tarjeta médica Titulo XIX (19)

\_\_\_ V03 – Califica – le falta seguro medico

\_\_\_ V04 – Califica – es indio Americano o nativo de Alaska

\_\_\_ V05 – Califica – cliente de un Departamento de Salud Local (el seguro medico no cubre vacunas)

6. Yo certifico que la información que he proporcionado para determinar la elegibilidad para el programa de VFC es verdadera y exacta. \_\_\_\_\_

Firma de Madre/Padre/Tutor

Fecha	Firma de Madre/Padre/Tutor	Fecha	Firma de Madre/Padre/Tutor

**Para uso oficial solamente:**

Staff note: Eligibility changes must be noted below:

Date eligibility changed \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ New PA45 Code \_\_\_\_\_

Date eligibility changed \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ New PA45 Code \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (mes) (día) (año)

## Cuestionario de contraindicaciones 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. ¿Está enfermo hoy el niño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones 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 dijo algún profesional de la salud en los últimos 12 meses que el niño tuvo sibilancias o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si el niño es bebé, ¿le dijeron 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; ha tenido el niño problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño medicamento que debiliten su sistema inmunológico, tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Durante el año pasado, ¿le hicieron al niño una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o algún medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario llenado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Formulario revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**¿Trajo el comprobante de vacunación de su hijo?**      sí       no

Es importante que tenga un comprobante de vacunación personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al profesional de la salud de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de a su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo todas las veces que su hijo reciba atención médica. Su hijo necesitará este documento importante por el resto de su vida para ingresar a la guardería o a la escuela, para empleos o para viajar al extranjero.

Translation by Transcend, Davis, CA

www.immunize.org/catg.d/p4060-01.pdf • Item #P4060-01 Spanish (5/14)