

4) POR FAVOR ENCIERRE EN UN CÍRCULO “SÍ” O “NO”

- Sí No Este niño es alérgico a medicamentos, alimentos o vacunas.
Si la respuesta es sí, describa: _____
- Sí No Este niño ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado.
Si la respuesta es sí, describa: _____
- Sí No Este niño o un miembro de su familia inmediata tiene convulsiones, problemas neurológicos o cerebrales, trastornos hemorrágicos o toma aspirina o anticoagulantes.
- Sí No Este niño tiene problemas pulmonares crónicos o asma, o ha tenido antecedentes de asma o sibilancias en el último año.
- Sí No Esta niña está embarazada o podría estarlo.
- Sí No Esta niña está amamantando actualmente.
- Sí No Este niño tiene enfermedad cardíaca o renal, diabetes u otra enfermedad crónica.
- Sí No Este niño tiene cáncer, leucemia, SIDA u otro problema del sistema inmunológico:
- Sí No Este niño ha tomado cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer o ha recibido tratamientos con rayos X en las últimas seis semanas.
- Sí No Este niño recibió una transfusión de sangre o productos sanguíneos o recibió inmunoglobulina (gamma) en las últimas seis semanas.
- Sí No Este niño recibió vacunas en las últimas cuatro semanas.
Si la respuesta es sí, ¿cuáles vacunas? _____
- Sí No Este niño tiene fiebre o enfermedad respiratoria.

5) LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN:

Me han entregado una copia y he leído o me han explicado la información contenida en la “Declaración de información sobre vacunas” para la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) que se le administrarán a este niño. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) solicitada(s) y solicito que la(s) vacuna(s) que actualmente debo administrar y para las que firmé a continuación se me administren a mí o a la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado de conformidad con la Sección 431.058, RSMo para hacer esta solicitud.

Firma del padre/guardian: _____ **Fecha:** _____

Office Only- Administration Information:

Child’s Name: _____ **DOB:** _____

VIS given date: _____ **Temperature:** _____

Vaccine	Date Given	Manufacturer	Dose	Site/Route	Lot Number	Expiration Date	Adm. Initials

Administering Nurse Name: _____ **Nurse Signature:** _____