



# Formulario para la administración de vacunas en las escuelas de Nuevo México (NM VFC en inglés)



Por favor use letra de molde con mayúsculas

Persona que recibe la vacuna:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Apellido de soltera de la madre \_\_\_\_\_  
mes día año

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino Etnia:  Hispano  No-Hispano Raza:  Indio-americano  Blanco  Asiático  Africano-americano  Otra

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Área postal: \_\_\_\_\_

Persona responsable: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

## SEGURO MÉDICO

Para niños de 0–18 años de edad, por favor marque la categoría apropiada (Debe de completarse):

- No tiene seguro médico
- Indio-americano
- Medicaid/Salud – Marque el plan correspondiente:

\_\_\_\_Blue Salud      \_\_\_\_Molina Salud  
\_\_\_\_Lovelace Salud      \_\_\_\_Presbyterian Salud  
\_\_\_\_Medicaid      \_\_\_\_Otro \_\_\_\_\_

Seguro médico particular/comercial:

- Blue Cross Blue Shield
  - Lovelace
  - Presbyterian
  - United Healthcare
  - Otro: \_\_\_\_\_
- (indique el nombre de la compañía)

Medicaid Salud # \_\_\_\_\_ # de la póliza \_\_\_\_\_

Se me ha dado y he leído, o se me ha explicado, la información contenida en las “Declaraciones e Información sobre la Vacuna(s)” para la enfermedad o enfermedades y las vacunas que se marcan abajo. Yo entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas que he pedido y también entiendo que tengo la alternativa de negarme a que se vacune a la persona para la cual firmo abajo o para la que estoy autorizada para pedir las. También pido que las vacunas por las cuales firmo abajo se le apliquen a la persona nombrada para la cual estoy autorizado a hacer este pedido. Yo entiendo que algunas vacunas se dan en una serie a través de un período de tiempo y que al firmar este formulario yo estoy de acuerdo con que se administren las vacunas mencionadas, incluyendo aquellas que se necesitan aplicar en una serie. Yo estoy de acuerdo en reportar cualquier problema que se presente, y dirigir las preguntas que tenga a la enfermera escolar. También entiendo que yo puedo pedir a la enfermera escolar los procedimientos legales para detener las series de vacunas una vez que éstas empiecen. Yo estoy de acuerdo en permitir que la información sobre las vacunas aplicadas a la persona nombrada sea brindada a las otras agencias médicas para evitar vacunación innecesaria o para que se aseguren del estado de vacunas. También entiendo que la agencia que me brinda cuidados médicos puede dar esta información al registro de vacunas del Estado (NMSIIS) a menos de que yo firme un documento negando esta autorización.

Firma del padre o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### BELOW: FOR SCHOOL NURSE USE ONLY

Name of School: \_\_\_\_\_ VFC Pin #: \_\_\_\_\_

ENTER IN THE APPROPRIATE LOT #, DATE of VIS, and SITE/ROUTE FOR EACH VACCINE GIVEN

<p><b>Vaccine</b></p> <input type="checkbox"/> DTaP <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> GSK <input type="checkbox"/> DTaP/IPV <input type="checkbox"/> PCV <input type="checkbox"/> MedImmune <input type="checkbox"/> Hep A <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Hep B <input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/> Novartis <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Varicella <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> MCV4	<p><b>Manufacturer</b></p> <input type="checkbox"/> GSK <input type="checkbox"/> MedImmune <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Novartis <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur	<p><b>Lot #:</b> _____</p> <p><b>Injection Site:</b> _____</p> <p><b>Date:</b> _____</p> <p><b>VIS Date:</b> _____</p> <p><b>Vaccinator:</b> _____</p>	<p><b>Vaccine</b></p> <input type="checkbox"/> DTaP <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> GSK <input type="checkbox"/> DTaP/IPV <input type="checkbox"/> PCV <input type="checkbox"/> MedImmune <input type="checkbox"/> Hep A <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Hep B <input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/> Novartis <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Varicella <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> MCV4	<p><b>Manufacturer</b></p> <input type="checkbox"/> GSK <input type="checkbox"/> MedImmune <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Novartis <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur	<p><b>Lot #:</b> _____</p> <p><b>Injection Site:</b> _____</p> <p><b>Date:</b> _____</p> <p><b>VIS Date:</b> _____</p> <p><b>Vaccinator:</b> _____</p>
<p><b>Vaccine</b></p> <input type="checkbox"/> DTaP <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> GSK <input type="checkbox"/> DTaP/IPV <input type="checkbox"/> PCV <input type="checkbox"/> MedImmune <input type="checkbox"/> Hep A <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Hep B <input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/> Novartis <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Varicella <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> MCV4	<p><b>Manufacturer</b></p> <input type="checkbox"/> GSK <input type="checkbox"/> MedImmune <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Novartis <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur	<p><b>Lot #:</b> _____</p> <p><b>Injection Site:</b> _____</p> <p><b>Date:</b> _____</p> <p><b>VIS Date:</b> _____</p> <p><b>Vaccinator:</b> _____</p>	<p><b>Vaccine</b></p> <input type="checkbox"/> DTaP <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> GSK <input type="checkbox"/> DTaP/IPV <input type="checkbox"/> PCV <input type="checkbox"/> MedImmune <input type="checkbox"/> Hep A <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Hep B <input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/> Novartis <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Varicella <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> MCV4	<p><b>Manufacturer</b></p> <input type="checkbox"/> GSK <input type="checkbox"/> MedImmune <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Novartis <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur	<p><b>Lot #:</b> _____</p> <p><b>Injection Site:</b> _____</p> <p><b>Date:</b> _____</p> <p><b>VIS Date:</b> _____</p> <p><b>Vaccinator:</b> _____</p>

RA/IM (Right Arm/Intramuscular) LA/IM (Left Arm/Intramuscular) RT/IM (Right Thigh/Intramuscular) LT/IM (Left Thigh/Intramuscular) IN (Intranasal)  
 RA/SC (Right Arm/Subcutaneous) LA/SC (Left Arm/Subcutaneous) RT/SC (Right Thigh/Subcutaneous) LT/SC (Left Thigh/Subcutaneous) PO (By Mouth)