



El horario de la Clínica de Vacunas es de 7:30AM a 2:00PM. La Clínica permanecerá cerrada el segundo viernes de cada mes. Para facilitar los servicios **NO HAY CITAS DISPONIBLES** y los servicios son provistos por orden de llegada.

832 West Central Blvd. [Orange.FLHealth.gov](http://Orange.FLHealth.gov) Tel. 407-836-2502 Fax: 407-836-2595

# NIÑO

SR  CP  IOS  SS  DL  GC || ID   
 NSR  CNP  BC  PP  SI  MI || COLL

Apellido : \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_  
 Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
 Sexo: F / M: \_\_\_\_\_ Grado en la Escuela: \_\_\_\_\_  
 Relación con el Niño: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_ Apt/Unidad # \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Para Uso de la Oficina: L: \_\_\_\_\_ F: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Seguro Médico del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SR  CP  IOS  SS  DL  GC || ID   
 NSR  CNP  BC  PP  SI  MI || COLL

Apellido : \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_  
 Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
 Sexo: F / M: \_\_\_\_\_ Grado en la Escuela: \_\_\_\_\_  
 Relación con el Niño: \_\_\_\_\_

Entry Ticket #	Entry Ticket #
Q-Flow Ticket #	Qflow Ticket #

Por Favor CIRCULE S para Sí o N para No a las siguientes preguntas a cerca de cada niño

Nombre del(la) Niño(a):		Nombre del(la) Niño(a):	
¿En que <b>AÑO o EDAD</b> su niño tuvo la <b>ENFERMEDAD</b> de varicela?		¿En que <b>AÑO o EDAD</b> su niño tuvo la <b>ENFERMEDAD</b> de varicela?	
¿CUÁL ESCUELA ACUDE SU HIJO(A)?		¿CUÁL ESCUELA ACUDE SU HIJO(A)?	
S N	¿Es su niño alérgico a medicinas, comida, látex o componente de vacuna?	S N	¿Es su niño alérgico a medicinas, comida, látex o componente de vacuna?
S N	¿Desea que este niño reciba la vacuna contra la <b>gripe</b> hoy?	S N	¿Desea que este niño reciba la vacuna contra la <b>gripe</b> hoy?
S N	¿Está su niño enfermo hoy?	S N	¿Está su niño enfermo hoy?
S N	¿Ha tenido su niño alguna reaccion a la vacuna contra la Tos Ferina ( <b>Pertussis</b> )?	S N	¿Ha tenido su niño alguna reaccion a la vacuna contra la Tos Ferina ( <b>Pertussis</b> )?
S N	¿Ha sido su niño diagnosticado con intususcepción?	S N	¿Ha sido su niño diagnosticado con intususcepción?
S N	¿Ha tenido su niño alguna enfermedad del pulmón (asma, etc.) corazón, riñón, o metabólica (diabetes) desorden de la sangre o terapia con aspirina?	S N	¿Ha tenido su niño alguna enfermedad del pulmón (asma, etc.) corazón, riñón, o metabólica (diabetes) desorden de la sangre o terapia con aspirina?
S N	En los pasados 3 meses, ¿ha recibido su niño esteroides, cortisona, prednisona, medicamento anti-cancer o radiación?	S N	En los pasados 3 meses, ¿ha recibido su niño esteroides, cortisona, prednisona, medicamento anti-cancer o radiación?
S N	¿Tiene su niño Cáncer, Leucemia, VIH/SIDA u otra enfermedad del sistema inmunológico?	S N	¿Tiene su niño Cáncer, Leucemia, VIH/SIDA u otra enfermedad del sistema inmunológico?
S N	¿Se le ha removido el baso sanguíneo a su niño?	S N	¿Se le ha removido el baso sanguíneo a su niño?
S N	¿Su niño ha recibido diálisis?	S N	¿Su niño ha recibido diálisis?
S N	En las pasadas 4 semanas, ¿ha recibido su niño el examen o vacuna de la tuberculosis?	S N	En las pasadas 4 semanas, ¿ha recibido su niño el examen o vacuna de la tuberculosis?
S N	En el pasado año ha tenido su niño una transfusión sanguínea, ha recibido productos sanguíneos, gama globulina o medicamentos antivirales?	S N	En el pasado año ha tenido su niño una transfusión sanguínea, ha recibido productos sanguíneos, gama globulina o medicamentos antivirales?
S N	¿Ha tenido su niño, sus hermanos o sus padres convulsiones?	S N	¿Ha tenido su niño, sus hermanos o sus padres convulsiones?
S N	¿Ha tenido su niño problemas cerebrales o del sistema nervioso?	S N	¿Ha tenido su niño problemas cerebrales o del sistema nervioso?
S N	Si es niña, está embarazada o hay alguna probabilidad de que quede embarazada en los próximos 30 días?	S N	Si es niña, está embarazada o hay alguna probabilidad de que quede embarazada en los próximos 30 días?
ULTIMO PERÍODO MENSTRUAL: _____ / _____ / _____		ULTIMO PERÍODO MENSTRUAL: _____ / _____ / _____	
<p><b>TODOS LOS ESTUDIANTES ENTRANTES AL 7MO GRADO NECESITAN LA VACUNA DE Tdap. Verifique con la escuela de su niño(a) si éste(a) ya la ha recibido. Si no la ha recibido, hágalo ahora para que así evite las largas filas y horas de espera durante los meses de julio y agosto de cada año.</b></p>			
IMM ID #:		IMM ID #:	
Vaccines Administered		Vaccine Administered	