



Page County Public Health
Questionario de prevencion para vacunas a niños y jvenes

Nombre Completo del Niño(a): _____ Fecha de Nac: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____ Tel: _____

Nombre de Pediatra: _____ Condado: _____

Contacto de Emergencia: _____ Tel: _____ Email: _____

El niño/La niña califica para recibir vacunas por medio de el programa VFC por que el/ella (marque solo una):
(a) esta matriculado en Medicaid (# de Medicaid : _____) (b) no tiene seguro medico
(c) es indio Americano ó Nativo de Alaska (d) seguro medico NO paga por las vacunas

Para los padres/guardianes: Las siugientes preguntas nos ayudara a determinar cuales vacunas su hijo(a) recibira hoy. Si usted contesta "Si" a cualquier pregunta, no necesariamente significa que su hijo(a) no sera vacunado. Solo significa que preguntas adicionales deben de preguntarse. Si una pregunta no esta clara, favor de preguntar a su doctor medico para que le explique.

Table with 14 rows of questions and 2 columns labeled 'Sí' and 'No'. Questions include: ¿Ha tenido su hijo(a) fiebre u otros sintomas de enfermedades en las ultimas 48 horas?, ¿Tiene alergias a medicamento comida o cualquier vacuna?, ¿Ha tenido su hijo(a) una reacción seria debido a una vacuna en el pasado?, etc.

Por que mi hijo(a) no visita el médico: (Seleccione) Guardería para hermanos(as) Horas de Consulta Costo
Deuda Language Transportacion Miedo Lugar de oficina (Lejos) No sabía de visitas medicas

Por que mi hijo(a) no visita el dentista: (Seleccione) Guardería para hermanos(as) Horas de Consulta
Language Costo Transportación Dentista no acepta seguro medico Lugar de oficina (Lejos)
No sabía de visitas dentales Miedo Deuda

Classificación Etnica Hispano/No- Hispano País: _____ Primer Lenguaje _____

Parent/Guardian Signature
Form Reviewed by: _____

Date
Date: _____