

Encuesta Nacional de Vacunación Cuestionario de Historial de Vacunaciones

Información Confidencial. Si la recibió por error, por favor llame 1-800-817-4316.



COMIENCE AQUÍ. Por favor revise sus registros y complete este cuestionario para el/la niño/a identificado/a en la etiqueta a continuación. Complete sólo las páginas 1 y 3. Devuelva el cuestionario en el sobre con franqueo pagado o por fax al número gratuito al (866) 324-8659. Esta información es confidencial; si la envía por fax, por favor tenga un cuidado especial para marcar el número correcto.

1. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su registro de vacunas para este/a niño/a?

Usted tiene todos los registros o parciales de vacunación de este/a niño/a, para las vacunas dadas por su práctica o de otras prácticas.

¿Algunos de los datos de vacunación para este niño fueron obtenidos de su práctica o del registro estatal?

Sí No No sabe

Vaya a la pregunta 2 abajo.

Esta facilidad ofrece vacunaciones sólo a los recién nacidos (hospital).

Vaya a la pregunta 2 abajo.

Otros-Explique

Usted ha proporcionado servicio a este/a niño/a, pero no tiene los registros de vacunación.

Usted no tiene registro de servicio para este/a niño/a.

Por favor complete los artículos 5-9 y devuelva el formulario como se indica más arriba

2. Según sus registros, ¿cuál es la fecha de nacimiento del/de la niño/a?

Mes Día Año No sabe

3. ¿Cuál fue la fecha de la primera visita de este/a niño/a, por cualquier motivo, a esta práctica?

Mes Día Año No sabe

4. ¿Cuál fue la fecha de la visita más reciente de este/a niño/a, por cualquier motivo, a esta práctica?

Mes Día Año No sabe

5a. ¿Es su práctica un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC) o Clínica de Salud Rural (RHC), o un "similar" FQHC o RHC? Por favor consulte la página 4 para las definiciones.

Sí No No sabe

5b. ¿Cuáles de las siguientes opciones describen esta práctica?

Marque todas las que apliquen.

- Práctica privada (en caso afirmativo, seleccionar Solo, Grupo, o Asociación de Práctica Independiente (IPA))
- Una clínica de un hospital, incluyendo clínica de la universidad, o en la práctica de residentes
- Clínica del Departamento de Salud pública (Clínicas Esteban Calderón)
- Centro de salud comunitaria
- Clínica de Salud Rural
- Centro de Salud para Migrantes
- Establecimiento de salud Militar (Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Infantería de Marina, la Guardia Costera)
- Clínica WIC
- Centro de salud en la escuela
- Otros-Explique

6. ¿Su práctica ordena vacunas por el estado o departamento de salud local para administrar a los niños?

- Sí No No sabe
 No aplica (Práctica no administra vacunas)

7. ¿Usted o su práctica reportó cualquiera de las vacunaciones de este/a niño/a a su registro estatal?

- Sí No No sabe
 No se aplica (No hay registro en mi comunidad/estado)
 No aplica (Práctica no administra vacunas)

8. Información de contacto para la persona que devuelve este formulario.

Nombre:
 Doctor/a Enfermero/a
 Gerente del Consultorio/Recepcionista Administrador/a de Registros Médicos/Técnico/a
 Otro/a

Teléfono: () Extensión

Fax: () Extensión

9. Vaya a la página siguiente

Por favor, consulte las instrucciones y los ejemplos a continuación. Luego complete la "Tabla de Inyecciones" en la página siguiente.

Consulte los registros de vacunación para el/la niño/a cuyo nombre aparece en las etiquetas de la portada y la página siguiente de este formulario.

- ▶ Asegúrese de marcar el encasillado por cada combinación de vacuna correcta para cada dosis como se muestra en el ejemplo siguiente. Si la combinación incluye tanto DTaP y Hib, o Hep B y Hib, asegúrese de marcar la información en ambas categorías de vacunas. Tenga en cuenta que la misma vacuna (la vacuna DTaP-Hib combinación) se cataloga bajo DTaP y Hib en el siguiente ejemplo.

EJEMPLO

Vacuna	Fecha Dada	Dada por otra práctica	Tipo de Vacuna							
			<i>Marque una casilla por cada dosis de vacuna</i>							
DTaP	1	11 20 2010	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> DTaP/DTP	<input type="checkbox"/> DTaP-Hib	<input checked="" type="checkbox"/> DTaP-HepB-IPV ^a	<input type="checkbox"/> DTaP-IPV-Hib ^b			
	2	11 18 2011	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> DTaP/DTP	<input checked="" type="checkbox"/> DTaP-Hib	<input type="checkbox"/> DTaP-HepB-IPV ^a	<input type="checkbox"/> DTaP-IPV-Hib ^b			
						^a Pediarix ^b Pentacel				
						<i>Marque una casilla por cada dosis de vacuna</i>				
Hib	1	11 20 2010	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Merck ^a	<input type="checkbox"/> sanofi ^b	<input type="checkbox"/> GSK ^c	<input type="checkbox"/> HepB-Hib	<input type="checkbox"/> DTaP-Hib	<input type="checkbox"/> DTaP-IPV-Hib ^d	<input type="checkbox"/> HibMenCY
	2	11 18 2011	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Merck ^a	<input type="checkbox"/> sanofi ^b	<input type="checkbox"/> GSK ^c	<input type="checkbox"/> HepB-Hib	<input checked="" type="checkbox"/> DTaP-Hib	<input type="checkbox"/> DTaP-IPV-Hib ^d	<input type="checkbox"/> HibMenCY
										^a PedvaxHIB [®] , PRP-OMP ^b ActHIB [®] , PRP-T ^c Hiberix [®] , booster, PRP-T ^d Pentacel

- ▶ Asegúrese de marcar el encasillado de "Sí" o "No" en la pregunta "¿Administrada por otra práctica?" para cada vacuna (véase ejemplo anterior).
- ▶ Asegúrese de marcar el encasillado "Sí" o "No" en la pregunta "¿Administrada al nacer?" para la primera dosis de la hepatitis B (véase el ejemplo a continuación).

Hepatitis B	Mes	Día	Año	¿Administrada al nacer?	¿Administrada por otra práctica?		
					<i>Marque un encasillado por cada dosis de vacuna.</i>		
1	7	19	2010	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> HepB Only	<input type="checkbox"/> HepB-Hib	<input type="checkbox"/> DTaP-HepB-IPV ^a
¿Dosis 1 dada al nacer? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
2				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> HepB Only	<input type="checkbox"/> HepB-Hib	<input type="checkbox"/> DTaP-HepB-IPV ^a
							^a Pediarix

- ▶ Utilice el espacio de "Otro/a" para escribir cualquier tipo de vacuna que se señala en la página siguiente o cualquier dosis adicional de vacunas mencionadas que fueron administradas a este/a niño/a (véase el ejemplo a continuación).

Otro/a	Mes	Día	Año	¿Administrada al nacer?	¿Administrada por otra práctica?	Descripción
1	11	20	2011	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	BCG
2				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Por favor, escriba una descripción por cada dosis de vacuna.

- ▶ Después de completar la "Tabla de Inyecciones" en la siguiente página, por favor, devuelva este formulario en el sobre adjunto.

(Opcional) También puede adjuntar una copia de su historial de vacunaciones para este niño con este formulario y enviarlo devuelta a NORC de la Universidad de Chicago, la Encuesta Nacional de Vacunación 55 East Monroe St, 19th Floor, Chicago, IL 60603. Si elige esta opción, por favor conteste todas las preguntas en la página 1.

O bien, puede enviar por fax esta información confidencial al (866) 324-8659. Si usted envía este formulario por fax, corte a lo largo del doblez para separar las páginas y, a continuación envíe por fax páginas 1 y 3. No envíe por fax esta página.

Vacuna	Fecha Dada			Administrada por otra práctica	Tipo de Vacuna
	Mes	Día	Año		
Hepatitis B	1			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> HepB Only <input type="checkbox"/> HepB-Hib <input type="checkbox"/> DTaP-HepB-IPV ^a
	¿Dosis 1 dada al nacer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> HepB Only <input type="checkbox"/> HepB-Hib <input type="checkbox"/> DTaP-HepB-IPV ^a
	3			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> HepB Only <input type="checkbox"/> HepB-Hib <input type="checkbox"/> DTaP-HepB-IPV ^a
	4			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> HepB Only <input type="checkbox"/> HepB-Hib <input type="checkbox"/> DTaP-HepB-IPV ^a
^a Pediarix					
DTaP	Marque un encasillado por cada dosis de vacuna.				
	1			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> DTaP/DTP <input type="checkbox"/> DTaP-Hib <input type="checkbox"/> DTaP-HepB-IPV ^a <input type="checkbox"/> DTaP-IPV-Hib ^b
	2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> DTaP/DTP <input type="checkbox"/> DTaP-Hib <input type="checkbox"/> DTaP-HepB-IPV ^a <input type="checkbox"/> DTaP-IPV-Hib ^b
	3			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> DTaP/DTP <input type="checkbox"/> DTaP-Hib <input type="checkbox"/> DTaP-HepB-IPV ^a <input type="checkbox"/> DTaP-IPV-Hib ^b
	4			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> DTaP/DTP <input type="checkbox"/> DTaP-Hib <input type="checkbox"/> DTaP-HepB-IPV ^a <input type="checkbox"/> DTaP-IPV-Hib ^b
^a Pediarix ^b Pentacel					
Hib	Marque un encasillado por cada dosis de vacuna.				
	1			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Merck ^a <input type="checkbox"/> sanofi ^b <input type="checkbox"/> GSK ^c <input type="checkbox"/> HepB-Hib <input type="checkbox"/> DTaP-Hib <input type="checkbox"/> DTaP-IPV-Hib ^d <input type="checkbox"/> HibMenCY
	2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Merck ^a <input type="checkbox"/> sanofi ^b <input type="checkbox"/> GSK ^c <input type="checkbox"/> HepB-Hib <input type="checkbox"/> DTaP-Hib <input type="checkbox"/> DTaP-IPV-Hib ^d <input type="checkbox"/> HibMenCY
	3			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Merck ^a <input type="checkbox"/> sanofi ^b <input type="checkbox"/> GSK ^c <input type="checkbox"/> HepB-Hib <input type="checkbox"/> DTaP-Hib <input type="checkbox"/> DTaP-IPV-Hib ^d <input type="checkbox"/> HibMenCY
	4			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Merck ^a <input type="checkbox"/> sanofi ^b <input type="checkbox"/> GSK ^c <input type="checkbox"/> HepB-Hib <input type="checkbox"/> DTaP-Hib <input type="checkbox"/> DTaP-IPV-Hib ^d <input type="checkbox"/> HibMenCY
^a PedvaxHIB [®] , PRP-OMP ^b ActHIB [®] , PRP-T ^c Hiberix [®] , booster, PRP-T ^d Pentacel					
Polio	Marque un encasillado por cada dosis de vacuna.				
	1			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> DTaP-HepB-IPV ^a <input type="checkbox"/> DTaP-IPV-Hib ^b <input type="checkbox"/> OPV
	2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> DTaP-HepB-IPV ^a <input type="checkbox"/> DTaP-IPV-Hib ^b <input type="checkbox"/> OPV
	3			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> DTaP-HepB-IPV ^a <input type="checkbox"/> DTaP-IPV-Hib ^b <input type="checkbox"/> OPV
	4			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> DTaP-HepB-IPV ^a <input type="checkbox"/> DTaP-IPV-Hib ^b <input type="checkbox"/> OPV
^a Pediarix ^b Pentacel					
Pneumococcal	Marque un encasillado por cada dosis de vacuna.				
	1			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Conjugate-7 ^a <input type="checkbox"/> Conjugate-13 ^b <input type="checkbox"/> Polysaccharide ^c
	2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Conjugate-7 ^a <input type="checkbox"/> Conjugate-13 ^b <input type="checkbox"/> Polysaccharide ^c
	3			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Conjugate-7 ^a <input type="checkbox"/> Conjugate-13 ^b <input type="checkbox"/> Polysaccharide ^c
	4			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Conjugate-7 ^a <input type="checkbox"/> Conjugate-13 ^b <input type="checkbox"/> Polysaccharide ^c
	5			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Conjugate-7 ^a <input type="checkbox"/> Conjugate-13 ^b <input type="checkbox"/> Polysaccharide ^c
^a Prenar [®] (PCV7) ^b Prenar13 [®] (PCV13) ^c Pneumovax [®] (PPSV23)					
Rotavirus (RV)	Marque un encasillado por cada dosis de vacuna.				
	1			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> RotaTeq [®] – Merck (RV5) <input type="checkbox"/> Rotarix [®] – GSK (RV1)
	2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> RotaTeq [®] – Merck (RV5) <input type="checkbox"/> Rotarix [®] – GSK (RV1)
	3			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> RotaTeq [®] – Merck (RV5) <input type="checkbox"/> Rotarix [®] – GSK (RV1)
MMR	Marque un encasillado por cada dosis de vacuna.				
	1			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Measles only <input type="checkbox"/> MMR-Varicella
2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Measles only <input type="checkbox"/> MMR-Varicella	
Varicella	Marque un encasillado por cada dosis de vacuna.				
	1			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Varicella only <input type="checkbox"/> MMR-Varicella <input type="checkbox"/> El niño tiene un historial de varicela
2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Varicella only <input type="checkbox"/> MMR-Varicella	
Hepatitis A	Marque un encasillado por cada dosis de vacuna.				
	1			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor, recuerde que debe contestar todas las preguntas en la página 1.
2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Seasonal Influenza	Marque un encasillado por cada dosis de vacuna.				
	1			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inactivated Influenza Vaccine (IIV) ^a <input type="checkbox"/> Live Attenuated Influenza Vaccine (LAIV) ^b
	2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inactivated Influenza Vaccine (IIV) ^a <input type="checkbox"/> Live Attenuated Influenza Vaccine (LAIV) ^b
	3			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inactivated Influenza Vaccine (IIV) ^a <input type="checkbox"/> Live Attenuated Influenza Vaccine (LAIV) ^b
4			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inactivated Influenza Vaccine (IIV) ^a <input type="checkbox"/> Live Attenuated Influenza Vaccine (LAIV) ^b	
^a Injected, eg. Fluzone [®] ^b Inhaled nasal flu spray, eg. FluMist [®]					
Otro/a	1			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor, escriba una descripción por cada dosis de vacuna.
	2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	3			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Si usted necesita más espacio para reportar vacunas, adjunte hojas adicionales.

¡Gracias!



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

¡Gracias por su ayuda en este importante estudio!

Si usted desea más información acerca del Centro Nacional de Vacunación y Enfermedades Respiratorias, incluyendo información sobre recomendaciones para la vacuna, o de los datos y estadísticas de años anteriores de la Encuesta Nacional de Vacunación por favor visite la página web de los CDC Vacunas y Vacunaciones en www.cdc.gov/vaccines.

Si usted quisiera más información sobre la Encuesta Nacional de Vacunación, por favor visite la página web de la Encuesta Nacional de Vacunación en <http://www.cdc.gov/nchs/nis.htm>. Si usted tiene alguna pregunta o comentario acerca de este estudio, por favor llame al (800) 817-4316 o nis@cdc.gov correo electrónico.

Note: No envíe ninguna información confidencial de los pacientes, tal como el nombre o la fecha de nacimiento del paciente, en un mensaje de correo electrónico.

Definiciones:

Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC): un Centro de Salud Calificado Federalmente como se define en la sección 1905 (I) (2) de la Ley del Seguro Social. Los FQHC reciben subvenciones bajo la Sección 330 de la Ley de Servicio de Salud Pública. (B) El término “centro de salud calificado federalmente” significa una entidad que: (i) recibe una subvención en virtud del artículo 330 de la Ley de Servicio de Salud Pública [282], (ii) (I) está recibiendo fondos de esta subvención en virtud de un contrato con el destinatario de tal subvención, y (II) cumple con los requisitos para recibir una subvención en virtud del artículo 330 de dicha Ley,

Clínica de Salud Rural (RHC): Una Clínica de Salud Rural tal como se define en la sección 1905 (I) (1) de la Ley de Seguridad Social. Una Clínica de Salud Rural (RHC) es una clínica certificada para recibir Medicare especial y reembolso de Medicaid.

FQHC Similar: Una organización que cumple con todos los requisitos de elegibilidad de una organización que recibe una subvención PHS Sección 330, pero no recibe subvenciones.