



Page County Public Health
Screening Questionnaire for Child and Teen Immunization

Child's Full Name: \_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Gender: Male \_\_\_\_\_ Female \_\_\_\_\_

Current Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

County: \_\_\_\_\_ Child's Doctor: \_\_\_\_\_

Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Emergency Phone: \_\_\_\_\_

This child qualifies for vaccination through the VFC program because he/she (circle only one)\*:

\*Insurance Deductible and Hawk-I does not qualify patient for VFC vaccines

(a) is enrolled in Medicaid (Medicaid #: \_\_\_\_\_)

(b) does not have health insurance

(c) is American Indian or Alaskan Native

(d) has insurance that DOES NOT pay for vaccines

If child does not have insurance or no coverage for vaccines, can you pay the \$20 Administrative Fee today? YES NO

For parents/guardians: The following questions will help us determine which vaccines your child may be given today. If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean your child should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

- 1. Has child had a fever or other symptoms of illness in past 48 hours?
2. Does the child have allergies to medications, food or any vaccine?
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past?
4. Has the child had a seizure, brain, or nerve problem?
5. Does the child have cancer, leukemia, AIDS, or any other immune system problem?
6. Has the child taken cortisone, prednisone, other steroids, or anticancer drugs, or had x-ray treatments in the past 3 months?
7. Does the child have contact with any person who has a decreased immune system or is on Cortisone treatment for more than 2 weeks?
8. Has the child received a transfusion of blood or blood products, or been given a medicine called immune (gamma) globulin in the past year?
9. Has child had chickenpox?
10. Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month?
11. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks?
12. Does child have a dentist? Name of Dentist County
13. Does child have regular dental visits?: 2 or more times/yr Annual Occasional Never
14. Do you follow up with the child's physician? Date of last visit

Table with 2 columns: Yes, No. 14 rows corresponding to the questions.

Why my child doesn't go to the doctor? (Circle all that apply)
No child care for siblings Hours of appt Didn't know I
should go Cost Unpaid bill at office Language Transportation Afraid of doctor
Location of doctor Didn't know I needed a well visit

Why my child doesn't go to the dentist? (Circle all that apply)
Child care for siblings Hours of appt No dental home
Language Cost Transportation Dentist declines Insurance Location of dentist Afraid of dentist
Didn't know I needed dental care Unpaid bill at office

Ethnicity: (Circle one): Hispanic or Non Hispanic Country of Origin: \_\_\_\_\_

Primary Language: \_\_\_\_\_

\*\*I have read and understand the appropriate Vaccine Information Statement(s). I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the vaccine(s).\*\*

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Phone:** \_\_\_\_\_

**Form Reviewed by:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_



Public Health  
Prevent. Promote. Protect.

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

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):  
EL deducible de su seguro medico o Hawk-I no califican para el programa de VFC  
(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  
Si el niño(a) no tiene seguro medico ó el seguro medico no paga la vacuna, pudiera ud pagar \$20 de cargos administrativos? SI NO

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.

	Sí	No
1. ¿Ha tenido su hijo(a) fiebre ú otros sintomas de enfermedades en las ultimas 48 horas?		
2. ¿Tiene alergias a medicamento comida o cualquier vacuna? Liste: _____		
3. ¿Ha tenido su hijo(a) una reacción seria debido a una vacuna en el pasado? Explique: _____		
4. ¿Ha tenido su hijo(a) problemas del cerebro, nervios, asimiento (Convulsiones del cerebro)?		
5. ¿Tiene su hijo(a) cancer, leucemia, SIDA, o algún otro problema del sistema inmuno?		
6. ¿Ha tomado su hijo(a) cortisone, prednisone, otros esteroides o drogas anti-cancer, o ha tenido tratamiento de rayos x en los ultimos 3 meses?		
7. ¿Ha tenido su hijo(a) contacto con cualquier persona que tenga disminuido el sistema inmuno o esta en tratamiento de cortisone por mas de 2 semanas?		
8. ¿Ha recibido su hijo(a) una transfusion de sangre o productos de sangre, o le han dado un medicamento llamado "immune" (gama) globulin en el pasado año?		
9. ¿Ha tenido su hijo(a) la varicela?		
10. ¿Hay probabilidad que su hija este embarazada o pudiera estarlo en el siguiente mes?		
11. ¿Ha recibido su hijo(a) vacunas en las pasadas 4 semanas?		
12. ¿Su hijo(a) tiene dentista? Nombre _____ Condado _____		
13. ¿Su hijo(a) tiene visitas regulares con el dentista?: 2 o mas veces/año Anual Occasional Nunca		
13. ¿Su hijo(a) ha recibido vacunas con nosotros (Page County Public Health) anteriormente?		
14. ¿Ud continua con las visitas medicas de su hijo(a)? Fecha de ultima visita medica _____ (si su respuesta es NO- explique porque en las Barreras Médicas.		

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

Por que mi hijo(a) no visita el dentista: (Seleccione) Lenguage 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 \_\_\_\_\_

Al firmar este documento, yo doy permiso para que este niño(a) reciva vacunas el dia de hoy.

Firma del padre o guardian

Date

Form Reviewed by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## Para la vacuna de el Flu- favor de contestar las siguientes preguntas

1. ¿Su hijo es alergico a los huevos de gallina, gallinas o plumas de gallina?  Si  no
2. ¿Su hijo es alergico a los productos que contienen “thimerosal” (solucion de agua para los ojos) o productos que contienen Mercurio?  Si  no
3. ¿Su hijo ha tenido una reaccion a la vacuna del Flu?  Si  no
4. ¿ Su hijo ha tenido el syndrome de **Guillain-Barré**?  Si  no

**Para cualquier pregunta que contest “Si”, favor de consultar con su Doctor antes de la administracion de la vacuna.**

Yo he leido la informacion o he tenido quien me explique la informacion. Yo he tenido la oportunidad de preguntar acerca de la vacuna y mis preguntas han sido contestadas a mi satisfaccion. Yo entiendo el beneficio y los riesgos de la vacuna de la influenza y pido que la vacuna sea dada a mi, o la persona nombrada en este documenta por la cual yo he autorizado este document. Yo acepto responsabilidad para buscar ayuda medica para cualquier problemas con esta vacuna.

Firma: \_\_\_\_\_