



DT884

Children's Healthcare of Atlanta  
en Hughes Spalding  
Ronald McDonald Care Mobile®  
Consentimiento para tratamiento

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Account/HAR#: \_\_\_\_\_

Patient Identification

Ronald McDonald Care Mobile tiene la misión de llevar atención para el asma a los lugares donde los niños viven, aprenden y juegan.

Escuela participante: \_\_\_\_\_

- I. **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Por el presente autorizo y voluntariamente doy mi consentimiento a la clínica médica escolar de Ronald McDonald Care Mobile® (Care Mobile), que está integrada por profesionales —que cuentan con licencias del estado— de Children's Healthcare of Atlanta en Hughes Spalding (Hughes Spalding), a proporcionar al paciente los tratamientos médicos básicos y procedimientos de diagnóstico, incluido el diagnóstico de las enfermedades agudas y crónicas y la prescripción de medicamentos en persona o a través de la tecnología de videoconferencia (telemedicina). Entiendo que el tratamiento puede incluir pruebas de diagnóstico de rutina, incluso pruebas de laboratorio adicionales en una fecha posterior a las de las muestras recolectadas, basándose en los resultados iniciales, pruebas de laboratorios de controles de infección o en investigaciones de salud pública, radiografías y exámenes para la detección de enfermedades infecciosas (como la varicela, el virus de la hepatitis B y el sarampión alemán o rubéola). Entiendo que Hughes Spalding cuenta con ayudantes médicos, enfermeros practicantes, estudiantes de medicina, residentes, pasantes y becarios que pueden participar en la atención del paciente bajo la supervisión del médico tratante. Además, entiendo que otros estudiantes de medicina pueden participar en la atención del paciente. Por el presente doy mi consentimiento para su participación en la atención y el tratamiento del paciente.
- II. **REPRESENTANTES:** Todos o algunos de los profesionales de la salud que prestan servicios en Hughes Spalding son contratistas independientes y no son representantes ni empleados del hospital. Los contratistas independientes son responsables de sus propias acciones, y Hughes Spalding no será responsable de los actos o de las omisiones de dichos contratistas independientes.
- III. **TELEMEDICINA:** Se me ha explicado cómo la tecnología de videoconferencia se utilizará para realizar una visita. Entiendo que esta visita no será lo mismo que una visita en persona debido al hecho de que mi niño no estará en la misma habitación que el proveedor de atención médica del sitio lejano. Comprendo que existen riesgos potenciales en esta tecnología, incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que el proveedor de atención médica o yo podemos suspender la visita de telemedicina de mi niño si se estima que las conexiones de la videoconferencia no son adecuadas para la situación. Entiendo que puede ser necesario que otros estén presentes durante la visita, fuera del equipo y el proveedor de atención médica de mi niño, a fin de operar el equipo de video. Estas personas están obligados a mantener la confidencialidad de toda la información obtenida. Además, entiendo que tengo derecho a pedir lo siguiente cuando el personal no médico esté presente: (1) omitir los detalles específicos de la historia clínica o el examen físico de mi niño que en mi opinión representen información confidencial; (2) pedir al personal no médico salir de la sala del examen o (3) finalizar la visita en cualquier momento. Me han explicado las alternativas de una visita de telemedicina y, al elegir participar en la visita de telemedicina, entiendo que algunas partes del examen pueden implicar que las pruebas físicas las realicen las personas que se encuentran en el lugar donde está el niño de acuerdo con las instrucciones del médico de la visita de telemedicina. Durante la visita de telemedicina de mi niño, entiendo que la responsabilidad del médico concluye tras la finalización de la conexión de la videoconferencia, y Children's no es responsable de las acciones que se realicen en el sitio lejano.
- IV. **PERTENENCIAS PERSONALES:** Queda entendido y acordado que Hughes Spalding no será responsable por ninguna pérdida, robo, extravío o daño de objetos de valor y pertenencias personales.
- V. **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo al personal de la clínica médica de la escuela de Care Mobile a divulgar toda o cualquier parte de la historia clínica de mi niño a las personas o a las entidades pertinentes para la atención de su salud, entre otros, su médico de atención primaria, el enfermero de la escuela y el personal de Care Mobile. Además, entiendo que toda la información de la historia clínica de mi niño es confidencial y no será divulgada a ninguna persona o entidad no autorizada sin un consentimiento escrito. Autorizo a divulgar información relacionada con el tratamiento a terceros pagadores (seguro) para fines de la facturación.
- VI. **SERVICIOS DE EMERGENCIA:** Autorizo al personal a convocar a los servicios de emergencia (9-1-1) para mi niño si es necesario. Los gastos relacionados con la ambulancia u otra remisión de emergencia estarán bajo mi responsabilidad.
- VII. **COMUNICACIÓN:** Intentaré estar disponible para las comunicaciones con relación a las necesidades de salud de mi niño. Entiendo que hay ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento y doy mi consentimiento como consecuencia de conocer esta información. Entiendo que es mi deber informar al personal de Care Mobile de los cambios que se produzcan en la tutela del niño.



DT884

Children's Healthcare of Atlanta  
en Hughes Spalding  
Ronald McDonald Care Mobile®  
Consentimiento para tratamiento

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Account/HAR#: \_\_\_\_\_

Patient Identification

Ronald McDonald Care Mobile tiene la misión de llevar atención para el asma a los lugares donde los niños viven, aprenden y juegan.

VIII. FOTOGRAFÍAS Y GRABACIÓN DE VIDEOS: Entiendo que las fotografías, las cintas de video, las imágenes digitales u otras imágenes pueden grabarse para documentar la atención del paciente y para las evaluaciones internas de la calidad y doy mi consentimiento para ello. Entiendo que Hughes Spalding conservará los derechos de propiedad de las fotografías, las grabaciones de video y las imágenes digitales y otras imágenes. Entiendo que podré ver u obtener copias de las fotografías, las grabaciones de video, las imágenes digitales u otras imágenes tomadas con el propósito de la atención del paciente solamente. Las grabaciones que se tomen para fines de mejora de la calidad no estarán disponibles para verse o copiarse. Entiendo que estas imágenes se almacenarán de forma segura y se conservarán durante el período requerido por la ley o establecido en las políticas del Hughes Spalding. Las imágenes que identifican al paciente serán divulgadas o se utilizarán fuera de la institución para fines de enseñanza o de publicación solo con mi autorización escrita previa o la de mi representante legal. Además, entiendo que las instalaciones son monitoreadas y tienen un circuito cerrado de televisión y grabación para fines generales o clínicos.

\_\_\_\_ Al escribir mis iniciales aquí, me niego a que se tomen fotografías o se graben videos para su uso fuera de Hughes Spalding. Entiendo que esto no hace referencia a las fotografías o las grabaciones de video tomadas para fines de atención y tratamiento médicos.

IX. OBSERVACIÓN: Entiendo que, ocasionalmente, un miembro del personal médico que no pertenece a Hughes Spalding u otro miembro del personal puede observar la atención que presta el o los proveedores del paciente.

\_\_\_\_ Al escribir mis iniciales aquí, no permito que nadie observe la atención del paciente, excepto el personal médico de Hughes Spalding u otro personal según sea adecuado y necesario para el tratamiento y la atención del paciente. Entiendo que esto no incluye a los estudiantes de medicina u otros estudiantes de la salud que estén asignados aquí a través de un programa educativo.

X. SERIE AMBULATORIA: Actuando en nombre del paciente, doy mi consentimiento para un tratamiento médico continuo que incluye, entre otros, pruebas de diagnóstico, exámenes físicos y servicios terapéuticos. Además, con respecto a los futuros servicios ambulatorios, doy mi consentimiento para el tratamiento de Ronald McDonald Care Mobile® por la duración de dicho tratamiento que no supere el año calendario en el que se dio el consentimiento original.

INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN DE SALUD: Entiendo que Hughes Spalding puede participar en uno o más intercambios de información de atención médica (HIE, por sus siglas en inglés) y doy mi consentimiento a Hughes Spalding para que comparta electrónicamente con otros participantes de HIE la información médica del paciente, incluso, entre otra, la información relativa a enfermedades infecciosas o contagiosas (incluido el VIH o el sida), el abuso o tratamiento por drogas o alcohol, pruebas genéticas o trastornos psiquiátricos o psicológicos, información para fines de tratamiento, pagos u operaciones de atención de la salud. Estoy de acuerdo en que si no quiero que la información del paciente se comparta en los HIE en que Hughes Spalding participa, debo excluirlo mediante el formulario que se solicita en Children's Online Privacy Office o que se puede encontrar en <http://www.choa.org/hie>.

PROCEDIMIENTOS DE RUTINA

I. Reconozco y entiendo que, en el transcurso de mi atención y tratamiento o el de mi niño, es probable que se utilicen distintos tipos de procedimientos de diagnóstico y tratamiento de rutina ("procedimientos"), que se consideran técnicas necesarias para el cuidado y el tratamiento ordinario de mi(s) enfermedad(es) o la(s) enfermedad(es) de mi niño.

II. Aunque estos tipos de procedimientos se realizan rutinaria en hospitales y consultorios médicos sin incidentes, hay ciertos riesgos asociados con cada uno de ellos.

III. El proveedor, sus asociados o sus colaboradores son responsables de proporcionarme información acerca de los procedimientos y de contestar todas mis preguntas. No es posible enumerar todos y cada uno de los riesgos para cada procedimiento utilizando en la atención médica moderna; sin embargo, los médicos independientes que ejercen la medicina en Hughes Spalding han intentado identificar los procedimientos más comunes, sus riesgos asociados y las posibles alternativas. Si tengo más preguntas o preocupaciones con respecto a estos procedimientos, estoy de acuerdo en pedir información adicional a mi proveedor o al de mi niño.

IV. Los procedimientos que aquí se indican pueden incluir, entre otros, los siguientes:

a) **Pinchazos de aguja**, tales como vacunas, inyecciones o inyecciones intravenosas (IV). Los riesgos asociados con estos tipos de procedimientos incluyen, entre otros, daño neurológico que provoca hormigueo o ardor, infección, inflamación, moretones, infiltración (fugas de líquidos en el tejido circundante), desprendimiento de la piel, sangrado, coagulación, reacciones alérgicas o



DT884

Children's Healthcare of Atlanta  
en Hughes Spalding  
Ronald McDonald Care Mobile®  
Consentimiento para tratamiento

Patient Name: \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_  
MRN: \_\_\_\_\_  
Account/HAR#: \_\_\_\_\_

Patient Identification

Ronald McDonald Care Mobile tiene la misión de llevar atención para el asma a los lugares donde los niños viven, aprenden y juegan.

parálisis. Las alternativas a los pinchazos de agujas (si están disponibles) incluyen medicamentos orales, rectales, nasales o tópicos (que pueden ser menos eficaces) o negarse al tratamiento.

- b) **Las pruebas y tratamientos físicos** tales como signos vitales, exámenes de órganos internos, limpieza de heridas, vendaje de heridas, control del rango de movimiento, procedimientos de rehabilitación u otros, que pueden utilizarse junto con el diagnóstico y el tratamiento. Los riesgos asociados con estos tipos de procedimientos incluyen, entre otros, las reacciones al materiales utilizados, infección, sangrado, molestia, lesiones músculo-esqueléticas o internas, daño neurológico, parálisis, moretones, empeoramiento de la condición o una nueva lesión. Aparte de usar los procedimientos modificados o rechazar el tratamiento, no existen alternativas prácticas.
- c) **El tratamiento con medicamentos o fármacos** que pueden utilizarse en la atención y el tratamiento de los pacientes. Los riesgos asociados con estos tipos de procedimientos incluyen, entre otros, las interacciones entre alimentos, medicamentos y productos herbolarios, las reacciones alérgicas, las reacciones adversas y los efectos secundarios tanto a corto como a largo plazo que varían según el medicamento. Aparte de variar la medicación prescrita o rechazar el tratamiento, no existen alternativas prácticas.
- d) **Las pruebas de laboratorio** que pueden utilizarse para la toma de muestras de sangre, fluidos corporales y muestras de tejido para su análisis en el laboratorio. Los riesgos asociados con estos tipos de procedimientos incluyen, entre otros, lesiones que pueden ocurrir durante la toma de las muestras necesarias, infección, daño neurológico, sangrado, moretones, parálisis, pérdida de extremidades, sensación de hormigueo o ardor, inflamación y reacciones alérgicas. Aparte de rechazar el tratamiento, no existen alternativas prácticas.

V. Doy mi consentimiento y autorizo a las personas que participan y que son responsables de mi atención y de la atención de mi niño a utilizar los procedimientos tales como los mencionados antes según se considere razonablemente necesario o deseable en el ejercicio de su criterio profesional, incluidos los procedimientos que pueden ser imprevistos o que no se sabe que serán necesarios en el momento en que se firma este documento. Este consentimiento deberá extenderse también al tratamiento de todas las condiciones que puedan surgir durante el curso de tales procedimientos, incluso aquellas condiciones que se desconozcan o que no estén previstas al momento en que se firma este documento.

VI. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que **NO SE ME DAN GARANTIAS NI SEGURIDADES** sobre el resultado o el efecto de cualquier procedimiento.

Entiendo que el proveedor, el personal médico y los demás ayudantes que participan en la atención del paciente se basarán en la historia clínica documentada del paciente, así como en otra información obtenida del paciente, la familia u otros que tengan conocimientos sobre el paciente para determinar si se debe realizar el o los procedimientos o el curso del tratamiento para mi enfermedad o la del paciente, así como para la recomendación de los procedimientos.

**CONSENTIMIENTO FINANCIERO**

I. **CESIÓN DE BENEFICIOS:** En consideración de los servicios prestados en Children's Healthcare of Atlanta en Hughes Spalding (Hughes Spalding) al paciente identificado arriba, por el presente cedo y transfiero a Hughes Spalding y a otros proveedores de salud todos los honorarios profesionales por pagar y de los proveedores médicos y del hospital y los derechos asociados, inclusive mis derechos de apelar cualquier denegación de beneficios de limitación de cobertura existentes en virtud de las pólizas de seguros o de los planes de beneficios que he identificado o identificaré en relación con esta visita (pero sin superar el monto de los cargos de Hughes Spalding por este período de hospitalización u otros montos que puedan proporcionarse mediante un acuerdo entre Hughes Spalding y mi compañía de seguros). Autorizo e instruyo a la compañía de seguros pagar todos esos beneficios a Hughes Spalding y a los proveedores médicos correspondientes, y designo a Hughes Spalding para actuar como mi representante autorizado para solicitar una apelación a mi compañía de seguros sobre cualquier denegación de pago. Entiendo que esta cesión no me exime de ninguna responsabilidad que yo pueda tener para el pago de los cargos no pagados por la compañía de seguros, salvo disposición en contrario en las condiciones de un acuerdo celebrado entre la compañía de seguros y Hughes Spalding.



DT884

Children's Healthcare of Atlanta  
en Hughes Spalding  
Ronald McDonald Care Mobile®  
Consentimiento para tratamiento

Patient Name: \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_  
MRN: \_\_\_\_\_  
Account/HAR#: \_\_\_\_\_

Patient Identification

Ronald McDonald Care Mobile tiene la misión de llevar atención para el asma a los lugares donde los niños viven, aprenden y juegan.

- II. MEDICAID DE OTRO ESTADO: Hughes Spalding no participa en los programas Medicaid fuera del estado. Si cumplo los criterios financieros para calificar para Medicaid, puedo calificar para el programa de caridad de Hughes Spalding. Si califico, puede aplicarse un ajuste de caridad en la atención prestada. Los médicos independientes que me proporcionan servicios durante mi tratamiento en Hughes Spalding tomarán sus propias decisiones independientes sobre si aceptan o no el pago de Medicaid de otro estado.
- III. PRECERTIFICACIÓN: Entiendo que mi póliza de seguro puede exigir el cumplimiento de un programa de revisión de uso para asegurarse de que los fondos de los beneficios de para atención médica se gasten cuando esté justificado. Entiendo que es responsabilidad del programa de revisión de uso revisar las propuestas de las hospitalizaciones electivas y de los tratamientos previstos. Entiendo que si el programa de revisión de uso determina que la hospitalización es necesaria y adecuada y emite la certificación, los beneficios del plan de mi seguro estarán disponibles en conformidad con los términos de mi póliza. No obstante, si deniega la certificación, los beneficios de atención médica pueden no brindarse. Entiendo que la precertificación puede ser responsabilidad del médico. Entiendo que la determinación del plan de mi seguro sobre si un servicio solicitado es médicamente necesario no es una garantía de la cobertura de los beneficios de atención médica solicitados. En el caso de que la cobertura sea denegada por mi plan de seguro, seré financieramente responsable de todos los gastos hospitalarios incurridos como resultado de la hospitalización. Entiendo que para protegerme de pérdidas financieras personales innecesarias, debo revisar mis obligaciones con mi compañía de seguros, el programa de revisión de uso y con mi médico personal sin demora.
- IV. GARANTÍA DE PAGO: Además de la factura que recibido de Hughes Spalding, puedo recibir una factura de los médicos por los servicios profesionales prestados, incluso, entre otros, de especialistas y subespecialistas de guardia. Además, puedo recibir una factura separada por los servicios de radiología, anestesiología, patología u otra especialidad que presta un servicio o interpreta las pruebas. Aunque Hughes Spalding puede ser un proveedor en mi red de seguro, el médico puede o no ser un proveedor participante. Esto puede afectar mi nivel de cobertura para servicios profesionales. Puedo ponerme en contacto con mi representante de servicios para miembros para determinar la cobertura de mi plan.
- V. FONDO FIDUCIARIO DE ATENCIÓN A INDIGENTES: Hughes Spalding es participante del Fondo Fiduciario de Atención a Indigentes de Georgia. Como tal, los pacientes o las partes responsables que cumplen ciertos niveles de ingresos, que se indica en las Directrices Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines), pueden calificar para recibir gratuitamente (o a un costo reducido) los servicios que ofrece Hughes Spalding. Los pacientes o las partes responsables interesadas en este programa pueden llamar a los asesores financieros para obtener más información.
- VI. PAGO PERSONAL: Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos o los saldos pendientes de la cuenta del paciente indicado arriba. Hughes Spalding me ha informado de la disponibilidad de asistencia financiera a través de sus programas de asesoramiento financiero. Reconozco que no puedo proporcionar un comprobante de seguro en este momento, que no tengo un seguro o que los servicios no serán cubiertos por mi plan de seguro.
- VII. COBRA: Si usted tiene la continuación del seguro de un empleador anterior, complete esta sección.

Información del empleador anterior:

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

Información del seguro:

Nombre de la compañía de seguro \_\_\_\_\_

Teléfono del seguro \_\_\_\_\_

Núm. del grupo \_\_\_\_\_

**\*Este Ronald McDonald Care Mobile® es posible gracias a una subvención de Ronald McDonald House Charities, Inc., una organización de beneficencia sin fines de lucro y exenta de impuestos (RMHC Global), y de Ronald McDonald House Charities de Atlanta, una organización de beneficencia sin fines de lucro y exenta de impuestos (RMHC Local). El abajo firmante reconoce y acepta que (1) RMHC Global y RMHC Local no tienen responsabilidad alguna por el funcionamiento de este Ronald McDonald Care Mobile ni por ninguna de las actividades de atención médica, dental o actividades de educación en salud allí desarrolladas y (ii) tanto RMHC Global como RMHC Local están totalmente exentos de cualquier reclamo que de allí pueda surgir.**

**NO FIRME ESTE DOCUMENTO SIN LEER Y ENTENDER SU CONTENIDO.**



DT884

Children's Healthcare of Atlanta  
en Hughes Spalding  
Ronald McDonald Care Mobile®  
Consentimiento para tratamiento

*Ronald McDonald Care Mobile tiene la misión de llevar atención para el asma a los lugares donde los niños viven, aprenden y juegan.*

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ MRN: _____ Account/HAR#: _____
--

Patient Identification

**Certifico que he leído y entendido este consentimiento y que he firmado a continuación.** Me han entregado una copia del Aviso de privacidad y de los Derechos y las responsabilidades de los pacientes de Hughes Spalding.

\_\_\_\_\_

**Nombre (nombre completo en letra de molde)**

\_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

**Relación con el paciente**

\_\_\_\_\_

**Fecha / Hora**

\_\_\_\_\_  
Teléfono del testigo (si es necesario)  
(escriba el nombre completo)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha / Hora



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta  
at Hughes Spalding

**RONALD McDONALD CARE MOBILE®**  
**REGISTRO Y ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de archivo médico: \_\_\_\_\_

Cuenta/HAR#: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

**Información del paciente: Por favor complete toda esta sección**

Apellido del alumno \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_

Dirección del alumno \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
Grupo étnico: Hispano o latino Ni hispano ni latino Otro No desea dar a conocer Desconocido

Raza: Indio americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Blanco  
Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Otro No desea dar a conocer Desconocido

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

Médico general: \_\_\_\_\_ Última visita preventiva: \_\_\_\_\_

Farmacia que prefiere: \_\_\_\_\_ Teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

**Información del padre/madre/tutor legal:**

Nombre del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Situación de empleo (marque una opción): Tiempo completo Tiempo parcial Autónomo No está empleado Otro

Dirección (si no es la misma que la del alumno): \_\_\_\_\_

Idioma que prefiere: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje? Sí No ¿Método de comunicación que prefiere? Llamado Texto Correo electrónico

**Información del seguro médico: Por favor complete toda la información para que no sea necesario hacer una copia de su tarjeta.**

Mi hijo/a tiene: \_\_\_ No tiene seguro \_\_\_ Peach State \_\_\_ Amerigroup \_\_\_ Well Care \_\_\_ Medicaid

ID# \_\_\_\_\_ (ID# requerido para facturar) Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Prestador de seguro médico privado/comercial (propvea **TODOS** los detalles a continuación)

Compañía de seguro médico principal: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_ Relación con el alumno: \_\_\_\_\_

ID o número de póliza \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_ Nombre del grupo: \_\_\_\_\_

(Por favor, llámenos si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a la facturación a lo largo del año, 404-785-9480)

# Lista para evaluación para contraindicaciones de vacunas para niños y adolescentes.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

<p>1. ¿Esta su hijo/a enfermo el día de hoy?  a. ¿Si lo está, que tipo de enfermedad tiene?  _____</p>	<p><input type="radio"/> Yes  <input type="radio"/> No</p>
<p>2. <b>Ha tenido su hijo/a fiebre en las últimas 24 horas de 100.5 F o más?</b></p>	<p><input type="radio"/> Yes    <input type="radio"/> No</p>
<p>3. ¿Tiene su hijo/a alergias a comidas, látex (goma) o alguna vacuna?  a. ¿Si es así que tipo de alergias tiene su hijo/a?  _____</p> <p><b>Vacunas que son contraindicadas para los siguientes alérgenos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alergia a la Gelatina- No administrar MMR, MMRV, Varicela</li> <li>• Alergia al Látex- No administrar Havrix (jeringa solamente), Kinrix (Jeringa solamente), Bexsero, Pediarix, Boostrix (jeringa solamente), Engerix-B (jeringa solamente), Recombivax (jeringa solamente)</li> <li>• Neomycin o Thimerosal- Kinrix, Pediarix, Pentacel, Havrix, Twinrix, MMR, MMRV, Td, Varicela</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes  <input type="radio"/> No</p>
<p>4. <b>Ha tenido el niño/a una reacción severa a alguna vacuna en el pasado?</b>  <b>Si es así, las siguientes reacciones contraindican en el futuro:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anafilaxia</li> <li>• Encefalopatía dentro de los 7 días del DTP, DTaP</li> <li>• Convulsiones dentro de los 3 días del DTaP</li> <li>• Palidez o episodio de cojera o desmayo dentro de las 48 horas del DTaP</li> <li>• Llanto continuo por &gt;3horas dentro de 48 horas del DTaP</li> <li>• Fiebre de 105F dentro de 48 horas del DTaP</li> </ul>	<p><input type="radio"/> Yes  <input type="radio"/> No</p>
<p>5. <b>Ha recibido el niño/a vacunas en las últimas 4 semanas?</b></p>	<p><input type="radio"/> Yes    <input type="radio"/> No</p>
<p>6. <b>Tiene el niño/a cáncer, leucemia, VIH/Sida o cualquier otra enfermedad del sistema inmunológico?( MMRV, MMR VAR)</b></p>	<p><input type="radio"/> Yes  <input type="radio"/> No</p>
<p>7. <b>¿En los último 3 meses ha tomado el niño/a medicamentos que afectan el sistema inmunológico tal como, prednisona u otro esteroide, medicamento contra el cáncer, medicamento para tratamiento de artritis reumatoide, Enfermedad de Chron's, ¿soriasis o ha tenido tratamiento de radiación? (excluye medicamento de asma).</b></p>	<p><input type="radio"/> Yes  <input type="radio"/> No</p>
<p>8. <b>En el último año, ha recibido el niño/a una transfusión de sangre o productos de sangre, o se le ha dado gammaglobulina o medicamento antiviral? ( MMRV, MMR VAR)</b></p>	<p><input type="radio"/> Yes  <input type="radio"/> No</p>