

Encuesta Nacional de Vacunación – Adolescentes

Cuestionario de Historial de Vacunaciones en Adolescentes



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

COMIENCE AQUÍ Por favor revise sus registros y complete este cuestionario para el adolescente identificado 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. ¿Cuáles de las siguientes opciones describen mejor su registro de vacunas para este adolescente?

Usted tiene todos registros o parciales de vacunas de este adolescente para las vacunas dadas por su práctica o de otras prácticas.

¿Fueron algunos de los datos de vacunación para este adolescente obtenidos del registro del estado?

Sí No No sabe

Vaya a la pregunta 2 abajo.

Otros-Explique

Usted ha atendido a este adolescente, pero no tiene los registros de vacunación.

Usted no tiene registro de la prestación de servicios para este adolescente.

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 adolescente?

Mes	Día	Año	
			<input type="checkbox"/> No sabe

3. ¿Cuáles fueron las fechas de la primera y la última visita de este adolescente, por cualquier razón, en su práctica?

	Mes	Día	Año	
Primera Visita				<input type="checkbox"/> No sabe

	Mes	Día	Año	
Visita Más Reciente				<input type="checkbox"/> No sabe

4. ¿Este adolescente recibió un examen físico entre los 11-12 años de edad, o un chequeo en este lugar?

Sí No 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 instalación? 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 enseñanza 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
- Instalación que no era médica que alojó una clínica de vacunación dirigida por el departamento de salud u otro patrocinador
- Otros-Explique

5c. ¿Cuáles de las siguientes describen mejor las principales especialidades de este establecimiento? Marque todas las que apliquen.

- Pediatría Medicina Familiar
- Medicina General Medicina Interna
- OB/GYN
- Otros-Explique

6. ¿Su práctica ordena vacunas a través del estado o departamento de salud local para administrarlas a los niños?

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

7. ¿Usted o su práctica reportó cualquiera de las vacunas de este adolescente al registro del estado?

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

8. Información de contacto para la persona que devuelva 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.

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

- ▶ Anote el mes, día y año en que cada tipo de vacuna fue administrada.

EJEMPLO										
Vacuna	Fecha Dada			Dada por otra práctica		Tipo de Vacuna				
	Mes	Día	Año	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<i>Marque un encasillado para cada dosis de vacuna recibida después de 6 años de edad</i>				
Td/Tdap boosters received after age 6	1	11	18	2002	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> Tdap (Adacel® or Boostrix®)		
	2				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> Tdap (Adacel® or Boostrix®)		
	3				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> Tdap (Adacel® or Boostrix®)		
MMR	1				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> MMR-Varicella	<input type="checkbox"/> Measles only	
	2	9	20	2002	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> MMR-Varicella	<input type="checkbox"/> Measles only	

- ▶ Asegúrese de marcar un encasillado “Sí” o “No” debajo de la pregunta “Dada por otra práctica?” para vacunas administradas por otra práctica (véase el ejemplo anterior).
- ▶ Utilice el espacio de “Otro” para entrar cualquier otro tipo de vacuna que no este señalada en la página siguiente o cualquier dosis adicional que se le haya administrado a este adolescente (véase el ejemplo abajo)

Otro/a	Mes	Día	Año	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Por favor, describa cada dosis de vacuna Por favor, no registre la vacuna contra la poliomielitis, Hib, o cualquier vacuna antineumocócica administrada antes de los 5 años de edad.	Por favor, describa cada dosis de vacuna TYPHOID	
1	11	20	2001	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
2				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			

- ▶ 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 sus registros de historial de vacunación para este adolescente con este formulario y enviarlo de vuelta a

NORC de la Universidad de Chicago
 Encuesta Nacional de Vacunación-Adolescentes
 55 East Monroe Street, 19th Floor
 Chicago IL 60603.

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.

Encuesta Nacional de Vacunación – Adolescentes

Favor de anotar todas las fechas de vacunaciones de su registros para cada tipo de vacuna. Podemos entender que usted podría no tener el historial de vacunación completo de este adolescente.

Vacuna	Fecha Dada			Dada por otra práctica		Tipo de Vacuna					
	Mes	Día	Año			<i>Marque un encasillado para cada dosis de vacuna recibida después de 6 años de edad.</i>					
Td/Tdap boosters received after age 6	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> Tdap (Adacel® or Boostrix®)				
	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> Tdap (Adacel® or Boostrix®)				
	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> Tdap (Adacel® or Boostrix®)				
Hepatitis B received since birth	HepB only										
	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 0.5 ml Recombivax®	<input type="checkbox"/> 1.0 ml Recombivax®	<input type="checkbox"/> Enderix®	<input type="checkbox"/> HepB only - unknown type	<input type="checkbox"/> HepB-Hib	
	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 0.5 ml Recombivax®	<input type="checkbox"/> 1.0 ml Recombivax®	<input type="checkbox"/> Enderix®	<input type="checkbox"/> HepB only - unknown type	<input type="checkbox"/> HepB-Hib	
	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 0.5 ml Recombivax®	<input type="checkbox"/> 1.0 ml Recombivax®	<input type="checkbox"/> Enderix®	<input type="checkbox"/> HepB only - unknown type	<input type="checkbox"/> HepB-Hib	
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 0.5 ml Recombivax®	<input type="checkbox"/> 1.0 ml Recombivax®	<input type="checkbox"/> Enderix®	<input type="checkbox"/> HepB only - unknown type	<input type="checkbox"/> HepB-Hib		
Seasonal Influenza received in the past three years	Marque un encasillado por cada dosis de vacuna.										
	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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			
<small>^aInjected, eg. Fluzone®, Fluvirin®, Fluarix®, Afluria®, FluLaval®, Flucelvax® ^bInhaled nasal flu spray, eg. FluMist®</small>											
MMR	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> MMR-Varicella	<input type="checkbox"/> Measles only			
	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> MMR-Varicella	<input type="checkbox"/> Measles only			
Varicella	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Varicella only	<input type="checkbox"/> MMR-Varicella				
	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Varicella only	<input type="checkbox"/> MMR-Varicella				
<input type="checkbox"/> <i>El niño tiene un historial de varicela</i>											
Hepatitis A	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> HepA only (Havrix® or Vaqta®)					Por favor, recuerde que debe contestar todas las preguntas en la página 1
	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> HepA only (Havrix® or Vaqta®)					
	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> HepA only (Havrix® or Vaqta®)					
Meningococcal - serogroups ACWY	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> MCV4 or MenACWY (Menactra®, Menveo® or MenQuadfi®)			<input type="checkbox"/> MPSV4 (Menomune®)		
	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> MCV4 or MenACWY (Menactra®, Menveo® or MenQuadfi®)			<input type="checkbox"/> MPSV4 (Menomune®)		
Meningococcal - serogroup B	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> MenB-FHbp (Trumenba®)			<input type="checkbox"/> MenB-4C (Bexsero®)		
	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> MenB-FHbp (Trumenba®)			<input type="checkbox"/> MenB-4C (Bexsero®)		
	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> MenB-FHbp (Trumenba®)			<input type="checkbox"/> MenB-4C (Bexsero®)		
Human papillomavirus (HPV)	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Gardasil® (4vHPV)	<input type="checkbox"/> Gardasil® 9 (9vHPV)	<input type="checkbox"/> Cervarix® (2vHPV)			
	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Gardasil® (4vHPV)	<input type="checkbox"/> Gardasil® 9 (9vHPV)	<input type="checkbox"/> Cervarix® (2vHPV)			
	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Gardasil® (4vHPV)	<input type="checkbox"/> Gardasil® 9 (9vHPV)	<input type="checkbox"/> Cervarix® (2vHPV)			
COVID-19 Vaccine	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech®	<input type="checkbox"/> Moderna®	<input type="checkbox"/> Janssen-Johnson & Johnson®			
	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech®	<input type="checkbox"/> Moderna®				
Otro/a	Por favor, escriba una descripción por cada dosis de vacuna.										
	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<div style="border-left: 2px solid green; padding-left: 5px;"> Por favor, no registre la vacuna contra la poliomielitis, Hib, o cualquier vacuna antineumocócica administrada antes de los 5 años de edad. </div>					<input type="text"/>
	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						<input type="text"/>
	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						<input type="text"/>
	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>						

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 quisiera más información sobre el Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias, incluyendo información sobre las recomendaciones de vacunas, por favor visite la página web del CDC de Vacunas e Inmunizaciones a www.cdc.gov/vaccines.

Si usted quisiera más información sobre la Encuesta Nacional de Inmunización, incluyendo los datos y estadísticas de años anteriores, por favor visite la página web de la Encuesta Nacional de Inmunización a <http://www.cdc.gov/vaccines/NIS>. Si usted tiene alguna pregunta o comentarios acerca de este estudio, por favor llame al (800) 817-4316 o envíe un correo electrónico a nis@cdc.gov.

Si prefiere que el equipo del estudio envíe solicitudes de historial de inmunización por correo electrónico cifrado, por favor comuníquese con nosotros a NISProvider@norc.org.

Nota: 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 (l) (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) (l) está recibiendo fondos de esta subvención en virtud de un contrato con el destinatario de tal subvención, y (ll) 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 (l) (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.