

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. ➡ Revise sus registros y complete este cuestionario para el niño identificado en la etiqueta a continuación. 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, revise las instrucciones en el encarte proporcionado.
A continuación, complete la tabla de vacunas en las páginas 2 y 3.**

Consulte los registros de vacunación del/de la niño/a nombrado/a en las etiquetas de la portada y de la página siguiente de este formulario. Marque las casillas de la vacuna combinada correcta para cada dosis. Por ejemplo, si la vacuna combinada incluye DTaP y Hib, asegúrese de introducir la información en ambas categorías de vacuna DTaP y Hib. Para ver ejemplos, consulte el encarte de instrucciones que se proporciona.

► Después de rellenar la tabla de vacunas, devuelva este formulario en el sobre proporcionado.

(Opcional) También puede adjuntar a este formulario una copia de su historial de vacunación para este/a niño/a y enviarlo de vuelta a:

NORC de la Universidad de Chicago
Encuesta Nacional de Vacunación
300 East Randolph Street, Suite 4600
Chicago, IL 60601

Si elige esta opción, responda a todas las preguntas de la página 1.

O puede enviar la información confidencial por fax al (866) 324-8659. Si envía este formulario por fax, corte a lo largo del pliegue para separar las páginas, y luego envíe por fax las páginas 1 a 3.

COMIENCE AQUÍ.

Vacuna	Fecha Dada	Dada por otra práctica	Tipo de Vacuna
	Mes Día Año		Marque un encasillado por cada dosis de vacuna.
Hepatitis B	1	☐ Sí ☐ No	☐ HepB Only ☐ DTaP-HepB-IPV ^a ☐ DTaP-IPV-Hib-HepB ^b
	¿Dosis 1 dada al nacer? ☐ Sí ☐ No		
	2	☐ Sí ☐ No	☐ HepB Only ☐ DTaP-HepB-IPV ^a ☐ DTaP-IPV-Hib-HepB ^b
	3	☐ Sí ☐ No	☐ HepB Only ☐ DTaP-HepB-IPV ^a ☐ DTaP-IPV-Hib-HepB ^b
	4	☐ Sí ☐ No	☐ HepB Only ☐ DTaP-HepB-IPV ^a ☐ DTaP-IPV-Hib-HepB ^b
^a Pediarix [®] ^b Vaxelis [®]			
DTaP	1	☐ Sí ☐ No	☐ DTaP/DTP ☐ DTaP-HepB-IPV ^a ☐ DTaP-IPV-Hib ^b ☐ DTaP-IPV-Hib-HepB ^c
	2	☐ Sí ☐ No	☐ DTaP/DTP ☐ DTaP-HepB-IPV ^a ☐ DTaP-IPV-Hib ^b ☐ DTaP-IPV-Hib-HepB ^c
	3	☐ Sí ☐ No	☐ DTaP/DTP ☐ DTaP-HepB-IPV ^a ☐ DTaP-IPV-Hib ^b ☐ DTaP-IPV-Hib-HepB ^c
	4	☐ Sí ☐ No	☐ DTaP/DTP ☐ DTaP-HepB-IPV ^a ☐ DTaP-IPV-Hib ^b ☐ DTaP-IPV-Hib-HepB ^c
	5	☐ Sí ☐ No	☐ DTaP/DTP ☐ DTaP-HepB-IPV ^a ☐ DTaP-IPV-Hib ^b ☐ DTaP-IPV-Hib-HepB ^c
^a Pediarix [®] ^b Pentacel [®] ^c Vaxelis [®]			
Hib	1	☐ Sí ☐ No	☐ Merck ^a ☐ Sanofi ^b ☐ DTaP-Hib ☐ DTaP-IPV-Hib ^c ☐ HibMenCY ☐ DTaP-IPV-Hib-HepB ^d
	2	☐ Sí ☐ No	☐ Merck ^a ☐ Sanofi ^b ☐ DTaP-Hib ☐ DTaP-IPV-Hib ^c ☐ HibMenCY ☐ DTaP-IPV-Hib-HepB ^d
	3	☐ Sí ☐ No	☐ Merck ^a ☐ Sanofi ^b ☐ DTaP-Hib ☐ DTaP-IPV-Hib ^c ☐ HibMenCY ☐ DTaP-IPV-Hib-HepB ^d
	4	☐ Sí ☐ No	☐ Merck ^a ☐ Sanofi ^b ☐ DTaP-Hib ☐ DTaP-IPV-Hib ^c ☐ HibMenCY ☐ DTaP-IPV-Hib-HepB ^d
	5	☐ Sí ☐ No	☐ Merck ^a ☐ Sanofi ^b ☐ DTaP-Hib ☐ DTaP-IPV-Hib ^c ☐ HibMenCY ☐ DTaP-IPV-Hib-HepB ^d
^a PedvaxHIB [®] , PRP-OMP ^b ActHIB [®] , PRP-T ^c Pentacel [®] ^d Vaxelis [®]			
Polio	1	☐ Sí ☐ No	☐ IPV ☐ DTaP-HepB-IPV ^a ☐ DTaP-IPV-Hib ^b ☐ OPV ☐ DTaP-IPV-Hib-HepB ^c
	2	☐ Sí ☐ No	☐ IPV ☐ DTaP-HepB-IPV ^a ☐ DTaP-IPV-Hib ^b ☐ OPV ☐ DTaP-IPV-Hib-HepB ^c
	3	☐ Sí ☐ No	☐ IPV ☐ DTaP-HepB-IPV ^a ☐ DTaP-IPV-Hib ^b ☐ OPV ☐ DTaP-IPV-Hib-HepB ^c
	4	☐ Sí ☐ No	☐ IPV ☐ DTaP-HepB-IPV ^a ☐ DTaP-IPV-Hib ^b ☐ OPV ☐ DTaP-IPV-Hib-HepB ^c
^a Pediarix [®] ^b Pentacel [®] ^c Vaxelis [®]			

Vacuna	Fecha Dada			Dada por otra práctica	Tipo de Vacuna
	Mes	Día	Año		
Pneumococcal	1				☐ Sí ☐ No ☐ Conjugate-7 ^a ☐ Conjugate-13 ^b ☐ Polysaccharide ^c ☐ Conjugate-15 ☐ Conjugate-20 ^e
	2				☐ Sí ☐ No ☐ Conjugate-7 ^a ☐ Conjugate-13 ^b ☐ Polysaccharide ^c ☐ Conjugate-15 ☐ Conjugate-20 ^e
	3				☐ Sí ☐ No ☐ Conjugate-7 ^a ☐ Conjugate-13 ^b ☐ Polysaccharide ^c ☐ Conjugate-15 ☐ Conjugate-20 ^e
	4				☐ Sí ☐ No ☐ Conjugate-7 ^a ☐ Conjugate-13 ^b ☐ Polysaccharide ^c ☐ Conjugate-15 ☐ Conjugate-20 ^e
	5				☐ Sí ☐ No ☐ Conjugate-7 ^a ☐ Conjugate-13 ^b ☐ Polysaccharide ^c ☐ Conjugate-15 ☐ Conjugate-20 ^e
	6				☐ Sí ☐ No ☐ Conjugate-7 ^a ☐ Conjugate-13 ^b ☐ Polysaccharide ^c ☐ Conjugate-15 ☐ Conjugate-20 ^e
^aPevnar® (PCV7) ^bPevnar13® (PCV13) ^cPneumovax® (PPSV23) ^dVaxneuvance™ (PCV15) ^ePevnar20® (PCV20)					
Rotavirus (RV)	1				☐ Sí ☐ No ☐ RotaTeq® – Merck (RV5) ☐ Rotarix® – GSK (RV1)
	2				☐ Sí ☐ No ☐ RotaTeq® – Merck (RV5) ☐ Rotarix® – GSK (RV1)
	3				☐ Sí ☐ No ☐ RotaTeq® – Merck (RV5) ☐ Rotarix® – GSK (RV1)
MMR	1				☐ Sí ☐ No ☐ MMR ☐ Measles only ☐ MMR-Varicella
	2				☐ Sí ☐ No ☐ MMR ☐ Measles only ☐ MMR-Varicella
Varicella	1				☐ Sí ☐ No ☐ Varicella only ☐ MMR-Varicella ☐ El niño tiene un historial de varicela
	2				☐ Sí ☐ No ☐ Varicella only ☐ MMR-Varicella
Hepatitis A	1				Por favor, recuerde que debe contestar todas las preguntas en la página 1.
	2				
Seasonal Influenza	1				☐ Sí ☐ No ☐ Inactivated Influenza Vaccine (IIV) ☐ Live Attenuated Influenza Vaccine (LAIV) ^b
	2				☐ Sí ☐ No ☐ Inactivated Influenza Vaccine (IIV) ☐ Live Attenuated Influenza Vaccine (LAIV) ^b
	3				☐ Sí ☐ No ☐ Inactivated Influenza Vaccine (IIV) ☐ Live Attenuated Influenza Vaccine (LAIV) ^b
	4				☐ Sí ☐ No ☐ Inactivated Influenza Vaccine (IIV) ☐ Live Attenuated Influenza Vaccine (LAIV) ^b
^aInjected, eg. Fluzone®, Fluarix®, FluLaval® ^bInhaled nasal flu spray, eg. FluMist®					
COVID-19 Vaccine	1				☐ Sí ☐ No ☐ Pfizer-BioNTech® ☐ Moderna® ☐ DEMÁS COVID-19 Vaccine →
	2				☐ Sí ☐ No ☐ Pfizer-BioNTech® ☐ Moderna® ☐ DEMÁS COVID-19 Vaccine →
	3				☐ Sí ☐ No ☐ Pfizer-BioNTech® ☐ Moderna® ☐ DEMÁS COVID-19 Vaccine →
	4				☐ Sí ☐ No ☐ Pfizer-BioNTech® ☐ Moderna® ☐ DEMÁS COVID-19 Vaccine →
RSV	1				☐ Sí ☐ No ☐ Beyfortus™ (nirsevimab-alip) ☐ Synagis® (palivizumab) ☐ Enflonsia™ (clesrovimab-cfor)
	2				☐ Sí ☐ No ☐ Beyfortus™ (nirsevimab-alip) ☐ Synagis® (palivizumab) ☐ Enflonsia™ (clesrovimab-cfor)
Other	1				Por favor, escriba una descripción por cada dosis.
	2				
	3				

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

For Office Use Only

Data Coll Period	Initial	Date
Progress		
MR or QX rcvd		
Trans complete		
Need Retrieval		
Retrieval Complete		
Edit Complete		
DE Vndr return		

¡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 <https://www.cdc.gov/nis/about/index.html>. 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 (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.