

**FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD Y
EVALUACIÓN PARA LA VACUNA CONTRA LA MENINGITIS**

Se ha producido un reciente brote de enfermedad meningocócica invasiva (IMD, en inglés) entre algunos residentes de la Ciudad de Nueva York (NYC). El Departamento de Salud y Salud Mental (DOHMH, en inglés) de la Ciudad de Nueva York ha identificado que ciertas personas corren riesgo de contraer la IMD y se les debe ofrecer la vacuna.

Se recomienda la vacuna contra la enfermedad de meningitis invasiva para los siguientes grupos de residentes de la Ciudad de Nueva York:

- Hombres que tienen sexo con hombres, que tienen por lo menos 18 años de edad, y están infectados con el VIH.
- Hombres que tienen sexo con hombres, que tienen por lo menos 18 años de edad, que regularmente tienen contacto íntimo con hombres que conocieron por medio de sitios web en Internet, aplicaciones digitales (“apps” en inglés), en bares o en fiestas.

¿Reúne usted cualquiera de los criterios mencionados anteriormente? Sí No

Si desea recibir la vacuna, se le harán un par de preguntas sobre su salud, se le pedirá llenar unos papeles y después recibirá la vacuna.

Si su respuesta fue NO, usted no es elegible para recibir la vacuna en este momento ya que no se considera que usted corra mayor riesgo de contraer la meningitis.

SECCIÓN PARA EVALUACIÓN

1. ¿Tiene hoy una enfermedad más grave que una gripe? Sí No
2. ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica grave a la vacuna para la meningitis? Sí No
3. ¿Alguna vez fue diagnosticado con una afección llamada Guillain-Barré? Sí No

Fecha en que recibió la Hoja Informativa sobre la Vacuna

SECCIÓN PARA CONSENTIMIENTO

1. He recibido una Declaración Informativa sobre la Vacuna (VIS) Sí No
2. Otorgo permiso para aplicar la vacuna contra la meningitis Sí No
3. Otorgo permiso para que se envíe esta inmunización al Registro de Inmunización Municipal de NYC (CIR) Sí No

Firma _____ Imprimir Nombre _____ Fecha _____

Junio 2015

Sección para Vacunación ction

Fecha: _____

Sitio de la clínica: _____

Nombre: _____

Primer nombre

Inicial

Apellido

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____

Dirección del paciente: _____

Número de edificio, nombre de la calle, apartamento

Ciudad, estado, código postal

Número telefónico del paciente _____

Vacuna	Fabricante: _____	# de lote:
	Fecha de vencimiento:	Sitio anatómico :
Fecha	Dosis 1:	Dosis 2:

Firma de vacunador: _____

Cargo de vacunador: _____