

I give consent for PPSC Nursing Assistant Program (NUA) to share the results of the immunization and physical questionnaire with clinical agencies as request.

Autorizo al Programa de Asistente de Enfermería (NUA) de PPSC a compartir los resultados del cuestionario de vacunas y examen físico con las agencias clínicas que lo soliciten.

Student Name (Print Legibly) / Nombre del estudiante (escrito legiblemente)

Student Signature / Firma del estudiante

Date / Fecha



Nursing Program Health and Immunization Record Registro de Salud e Inmunización del Programa de Enfermería

Student Name: _____
Nombre del estudiante: _____
Last Name / Apellido _____ First Name / Nombre _____ Middle Name (Initial) / Segundo nombre (inicial) _____ Phone Number / Número de teléfono _____
Permanent Address: _____
Dirección permanente: _____
Street Number/Name / Número/Nombre de la calle _____ City / Ciudad _____ State / Estado _____ Zip Code / Código postal _____
Date of Birth: _____ Student Email: _____
Fecha de Nacimiento: _____ PPSC S# S _____ Correo electrónico del estudiante: _____
Mo Day Yr Mes Día Año

Part A: TO BE COMPLETED AND SIGNED BY YOUR HEALTHCARE PROVIDER. Enter all information in English.

Parte A: Para ser completada y firmada por el proveedor de atención médica.

REQUIRED FOR ALL STUDENTS / Obligatorio para todos los estudiantes

I. TETANUS, DIPHTHERIA & PERTUSSIS (Tdap) – booster must be within the last ten years.

Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap): el refuerzo debe haberse realizado dentro de los últimos diez años.

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

II. MMR (Measles, Mumps, Rubella) / MMR (sarampión, paperas, rubeola)

Two doses required, at least one month apart:

2 dosis requeridas, con al menos un mes de diferencia:

Dose #1:

Dosis #1:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

Dose #2:

Dosis #2:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

Students in postsecondary education institutions, international travelers, and household or close personal contact of immunocompromised persons with no evidence of immunity to measles, mumps or rubella: 1 dose MMR if previously received 1 dose MMR, or 2 dose MMR at least 4 weeks apart if previously did not receive any MMR. – CDC, 2019.

Estudiantes en instituciones de educación superior, viajeros internacionales y contacto personal cercano o en el hogar de personas inmunodeprimidas sin evidencia de inmunidad al sarampión, las paperas o la rubéola: 1 dosis de MMR si anteriormente recibieron 1 dosis de MMR, o 2 dosis de MMR con al menos 4 semanas de diferencia si anteriormente no recibieron ninguna MMR. – CDC, 2019.

OR ALL 3 OF THE FOLLOWING CRITERIA ARE MET / O se cumplen los 3 siguientes criterios:

MEASLES (RUBEOLA) / Sarampión

Has report of positive immune **titer**.

Informe de **título** inmunológico positivo.

Specify date:

Especifique fecha:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

Value of Titer:

Valor del título:

Or **two doses** of individual rubeola vaccine:

O **2 dosis** de la vacuna individual contra el sarampión:

Dose #1:

Dosis #1:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

Dose #2:

Dosis #2:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

RUBELLA (GERMAN MEASLES) / Rubéola (sarampión alemán)

Has report of positive immune **titer**.

Informe de **título** inmunológico positivo.

Specify date:

Especifique fecha:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

Value of Titer:

Valor del título:

Or **two doses** of individual rubella vaccine:

O **2 dosis** de la vacuna individual contra la rubéola:

Dose #1:

Dosis #1:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

Dose #2:

Dosis #2:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

MUMPS / Paperas

Has report of positive immune **titer**.

Informe de **título** inmunológico positivo.

Specify date:

Especifique fecha:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

Value of Titer:

Valor del título:

Or **two doses** of individual mumps vaccine:

O **2 dosis** de la vacuna individual contra las paperas:

Dose #1:

Dosis #1:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

Dose #2:

Dosis #2:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

Healthcare personnel born in 1957 or later with no evidence of immunity to measles, mumps, or rubella: 2 dose series MMR at least 4 weeks apart for measles or mumps, or at least 1 dose MMR for rubella; if born before 1957, consider 2 dose series MMR at least 4 weeks apart for measles or mumps, or 1 dose MMR for rubella.

Personal de atención médica nacido en 1957 o después sin evidencia de inmunidad contra el sarampión, las paperas o la rubéola: 2 series de dosis de MMR con al menos 4 semanas de diferencia para el sarampión o las paperas, o al menos 1 dosis de MMR para la rubéola; si nació antes de 1957, considere la posibilidad de recibir una serie de 2 dosis de MMR con al menos 4 semanas de diferencia para el sarampión o las paperas, o 1 dosis de MMR para la rubéola.

CONTINUE on to Part B for Hepatitis B, Varicella, Tuberculosis Screening (Required for all students)

CONTINÚE con la Parte B para hepatitis B, varicela, tuberculosis (obligatorio para todos los estudiantes)

I give consent for PPSC Nursing Assistant Program (NUA) to share the results of the immunization and physical questionnaire with clinical agencies as request.

Autorizo al Programa de Asistente de Enfermería (NUA) de PPSC a compartir los resultados del cuestionario de vacunas y examen físico con las agencias clínicas que lo soliciten.

Student Name (Print Legibly) / Nombre del estudiante (escrito legiblemente)

Student Signature / Firma del estudiante

Date / Fecha

PART B: Hepatitis B, Varicella, Tuberculosis Screening
PARTE B: Hepatitis B, Varicela, Tuberculosis

III. HEPATITIS B / Hepatitis B:

Has report of positive immune titer.
Informe de título inmunológico positivo.

Specify date:
Especifique fecha:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

Value of Titer: _____
Valor del título: _____

Or three doses of individual rubella vaccine:
O 3 dosis de la vacuna individual contra la hepatitis:

Dose #1:
Dosis #1:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

Dose #2:
Dosis #2:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

Dose #3:
Dosis #3:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

IV. VARICELLA: (Chicken pox): Two doses one month apart recommended for adults with no history of disease:

Varicela: Dos dosis con un mes de diferencia recomendadas para adultos sin antecedentes de enfermedad:

Has report of positive immune titer.
(History of disease cannot be accepted.)
Informe de título inmunológico positivo.
(No se pueden aceptar los antecedentes de enfermedad.)

Specify date:
Especifique fecha:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

Value of Titer: _____
Valor del título: _____

Or two doses of individual varicella vaccine:
O 2 dosis de la vacuna individual contra la varicela:

Dose #1:
Dosis #1:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

Dose #2:
Dosis #2:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

V. TUBERCULOSIS / Tuberculosis:

1. Does the student have signs of active TB disease?

¿Tiene el estudiante signos de enfermedad de tuberculosis activa?

☐ YES / SÍ

☐ NO / NO

If NO, proceed to 2.
En caso negativo, proceda a 2.

If YES, proceed with additional evaluation to exclude active TB disease including tuberculin skin testing, chest x-ray and sputum evaluation as indicated.
En caso afirmativo, proceda con una evaluación adicional para excluir la enfermedad de tuberculosis activa, incluida la prueba cutánea de la tuberculina, la radiografía de tórax y la evaluación del esputo, según se indique.

PLEASE USE THE SPACE BELOW TO DOCUMENT TUBERCULIN SKIN TESTING AND/OR CHEST RADIOGRAPHY

(Based on assessment criteria outlined above)

Utilice el espacio a continuación para documentar las pruebas cutáneas de tuberculina y/o la radiografía de tórax
(basado en los criterios de evaluación descritos anteriormente)

2. A. Tuberculin Skin Test/PPD / Prueba cutánea de tuberculina (derivado proteico purificado, PPD por sus siglas en inglés):

Date given:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

 Date read:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

 Results: _____ MM
Fecha entregada: Fecha evaluada: Resultados: _____ MM

Interpretation (based on MM of indurations as well as risk factors)

Interpretación (basado en el MM de las induraciones, así como en los factores de riesgo)

☐ Positive / Positivo

☐ Negative / Negativo

B. Chest X-Ray: (required if tuberculin skin test is positive or if PPD has not been placed but patient is at risk of disease; must have been performed. *Must be within 5 years.)

Radiografía de tórax: (requerida si la prueba cutánea de tuberculina es positiva o si no se ha colocado el PPD pero el paciente está en riesgo de enfermedad; debe haberse realizado. *Debe haberse realizado dentro de los últimos 5 años).

Results: ☐ Normal / Normal ☐ Abnormal / Anormal Date of chest x-ray:

Fecha de la radiografía de tórax: _____

INH Initiated

Fecha de inicio de INH (antibiótico) ☐ Date _____ X _____ months / meses

C. Quantiferon / Quantiferon (análisis de sangre):

Date of Test:

Fecha del análisis:

☐ Positive (≥ 0.35 IU/mL)
Positivo ($\geq 0,35$ UI/mL)

☐ Negative
Negativo

History of positive PPD and/or negative Quantiferon results annual TB screening with a Healthcare Provider:

Historial de resultados positivos de PPD y/o negativos de Quantiferon pruebas anuales de detección de la tuberculosis con un proveedor de atención médica:

- Have you been having a bad cough that lasts longer than 2 weeks?
¿Ha tenido una tos fuerte que dura más de 2 semanas? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO
- Have you been having pain in the chest?
¿Ha tenido dolor en el pecho? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO
- Have you been coughing up blood or sputum (phlegm from deep inside the lungs)?
¿Ha estado tosiendo sangre o esputo (flema que sale del interior de los pulmones)? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO
- Have you experienced weakness or fatigue?
¿Ha experimentado debilidad o fatiga? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO
- Have you experienced chills, fevers, or sweating at night?
¿Ha experimentado escalofríos, fiebre o sudoración por la noche? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO
- Have you experienced weight loss or a loss of appetite?
¿Ha experimentado pérdida de peso o pérdida de apetito? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

CONTINUE on to Part C for Influenza Vaccine (Required for all students)

CONTINÚE con la Parte C para la vacuna contra la influenza (obligatoria para todos los estudiantes)

I give consent for PPSC Nursing Assistant Program (NUA) to share the results of the immunization and physical questionnaire with clinical agencies as request.

Autorizo al Programa de Asistente de Enfermería (NUA) de PPSC a compartir los resultados del cuestionario de vacunas y examen físico con las agencias clínicas que lo soliciten.

Student Name (Print Legibly) / Nombre del estudiante (escrito legiblemente)

Student Signature / Firma del estudiante

Date / Fecha

PART C: Influenza – During Current Flu Season
PARTE C: Influenza – Durante la temporada actual de influenza

VI. INFLUENZA / Influenza:

Date of last dose:

Fecha de la última dosis:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

Lot #

Lote #

Location given:

Ubicación dada:

VII. COVID / COVID:

Dose 1 Date:

Fecha de dosis 1:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

Manufacture:

Fabricante:

Dose 2 Date:

Fecha de dosis 2:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

Manufacture:

Fabricante:

Booster Date:

Fecha de refuerzo:

Mo	Day	Yr
Mes	Día	Año

Manufacture:

Fabricante:

HEALTH CARE PROVIDER: (signature required as validation of correct information for immunization and TB assessment)

Proveedor de atención médica: (se requiere firma como validación de la información correcta para la inmunización y la evaluación de la tuberculosis)

Printed Name / Nombre escrito

Signature / Firma

Date / Fecha

Address (Street Number/Name) / Dirección (número/nombre)

City / Ciudad

State /
Estado

Zip Code /
Código postal

()
Phone / Teléfono

I give consent for PPSC Nursing Assistant Program (NUA) to share the results of the immunization and physical questionnaire with clinical agencies as request.

Autorizo al Programa de Asistente de Enfermería (NUA) de PPSC a compartir los resultados del cuestionario de vacunas y examen físico con las agencias clínicas que lo soliciten.

Student Name (Print Legibly) / Nombre del estudiante (escrito legiblemente)

Student Signature / Firma del estudiante

Date / Fecha

**THIS SECTION TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN OR PRIMARY CARE PROVIDER:
ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO O PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA:**

Height: _____ Weight: _____ Pulse: _____ bpm/Ppm Blood Pressure: _____ / _____ mmHg / Mmhg
Altura: _____ Peso: _____ Pulso: _____ Presión sanguínea: _____
Resp: _____ rpm/Rpm Hearing: R: _____ L: _____
Resp: _____ Oído: Derecho: _____ Izquierdo: _____
Vision (Snellen): _____ R / L Corrected: ☐ Glasses / Gafas ☐ Contacts / Contactos
Visión (Snellen): _____ / _____ D / I Corregido: ☐ ☐

Check line if normal:

Línea de verificación si es normal

	Within Normal Limits Dentro de los límites normales	Abnormal Anormal
____ General Appearance / Apariencia general	☐	☐
____ Head & Scalp / Cabeza y cuero cabelludo	☐	☐
____ Face / Cara	☐	☐
____ Skin / Piel	☐	☐
____ E.E.N.T. / Ojos, oídos, nariz, garganta	☐	☐
____ Neck / Cuello	☐	☐
____ Heart / Corazón	☐	☐
____ Lungs / Pulmones	☐	☐
____ Breasts / Senos	☐	☐
____ Abdomen / Abdomen	☐	☐
____ Back & Spine / Espalda y columna vertebral	☐	☐
____ Extremities / Extremidades	☐	☐
____ Lymphatics / Linfáticos	☐	☐
____ Neurological / Neurológico	☐	☐
____ Genitourinary / Genitourinario	☐	☐

***Is general health adequate to allow participation in a nursing education program and to perform essential duties including CPR, administration of IV medication, opening of obstructed airways, catheterization, safe patient transfer/lifting, and other motor skills?**

***¿Es el estado de salud general adecuado para permitir la participación en un programa de educación de enfermería y para realizar tareas esenciales, como la RCP, la administración de medicamentos intravenosos, la apertura de vías respiratorias obstruidas, el cateterismo, el traslado/levantamiento seguro del paciente y otras habilidades motoras?**

☐ YES / SÍ

☐ NO / NO

Physician Statement continued on next page (Required for all students)
La declaración del médico continúa en la página siguiente (Obligatorio para todos los estudiantes)

I give consent for PPSC Nursing Assistant Program (NUA) to share the results of the immunization and physical questionnaire with clinical agencies as request.

Autorizo al Programa de Asistente de Enfermería (NUA) de PPSC a compartir los resultados del cuestionario de vacunas y examen físico con las agencias clínicas que lo soliciten.

Student Name (Print Legibly) / Nombre del estudiante (escrito legiblemente) Student Signature / Firma del estudiante Date / Fecha

Student Name: DOB: Nombre del estudiante: Fecha de Nacimiento:

Physician Statement – Continued
Declaración del médico - Continuación

Past Illnesses: Enfermedades pasadas:

Injuries: Lesiones:

Hospitalization: Hospitalización:

Personal Medical History / Historial médico personal: (Please circle all that apply) / (Por favor, marque con un círculo todo lo que corresponda)

ADHD	TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad)	Headaches	Cefaleas	High Blood Pressure	Presión arterial alta	Osteopenia/Osteoporosis	Osteopenia/Osteoporosis
Alcoholism	Alcoholismo	COPD/Emphysema	EPOC/Enfisema	Kidney Stones	Cálculos renales	Parkinson's Disease	Enfermedad de Parkinson
Allergies, Seasonal	Alergias Estacionales	Dementia	Demencia	Kidney Disease	Nefropatía	Peripheral Vascular Disease	Enfermedad vascular periférica
Anemia	Anemia	Diabetes: 1 or 2	Diabetes: 1 o 2	High Cholesterol	Colesterol alto	Peptic Ulcer	Úlcera péptica
Anxiety	Ansiedad	Depression	Depresión	HIV	VIH	Pulmonary Embolism (PE)	Embolia pulmonar (EP)
Arrhythmia (irregular heartbeat)	Arritmia (latidos cardiacos irregulares)	Diverticulitis	Diverticulitis	Hepatitis	Hepatitis	Psoriasis	Psoriasis
Arthritis	Artritis	DVT (Blood Clot)	TVP (coágulo de sangre)	Irritable Bowel Syndrome	Síndrome del intestino irritable	Rheumatoid Arthritis	Artritis reumatoide
Asthma	Asma	GERD (Acid Reflux)	ERGE (reflujo ácido)	Lupus	Lupus	Seizure Disorder	Trastorno convulsivo
Bladder Problem / Incontinence	Problema de vejiga/incontinencia	Glaucoma	Glaucoma	Liver Disease	Enfermedad hepática	Sleep Apnea	Apnea del sueño
Bleeding Problems	Problemas de sangrado	Heart Disease	Enfermedad cardíaca	Macular Degeneration	Degeneración macular	Stroke	Golpe
Cancer: _____	Cáncer: _____	Heart Attack (MI)	Ataque cardíaco (IM)	Mental Disorder	Trastorno mental	Thyroid Disorder	Trastorno de la tiroides
Crohn's Disease	Enfermedad de Crohn	Hiatal Hernia	Hernia de hiato	Neuropathy	Neuropatía	Ulcerative Colitis	Colitis ulcerosa

Allergies to Medication: Alergias a medicamentos:

Allergies to other substance: Alergias a otras sustancias:

Medications student is presently taking: Medicamentos que el estudiante está tomando actualmente:

Present or chronic medical problems: Problemas médicos actuales o crónicos:

Health Care Provider Signature / Firma del proveedor de atención médica Date / Fecha