

# Documentación de Vacunas



## Índice Rápido

1. Documentación de Vacunas Administradas	2
2. Documentación de Vacunas Históricas	5

La documentación de vacunas administradas o históricas puede cargarse electrónicamente mediante una conexión establecida con una historia clínica electrónica (EHR, por sus siglas en inglés ), o ingresarse manualmente en el expediente del paciente en Florida SHOTS. Esta guía proporciona instrucciones sobre cómo ingresar vacunas administradas e históricas en el expediente del paciente.

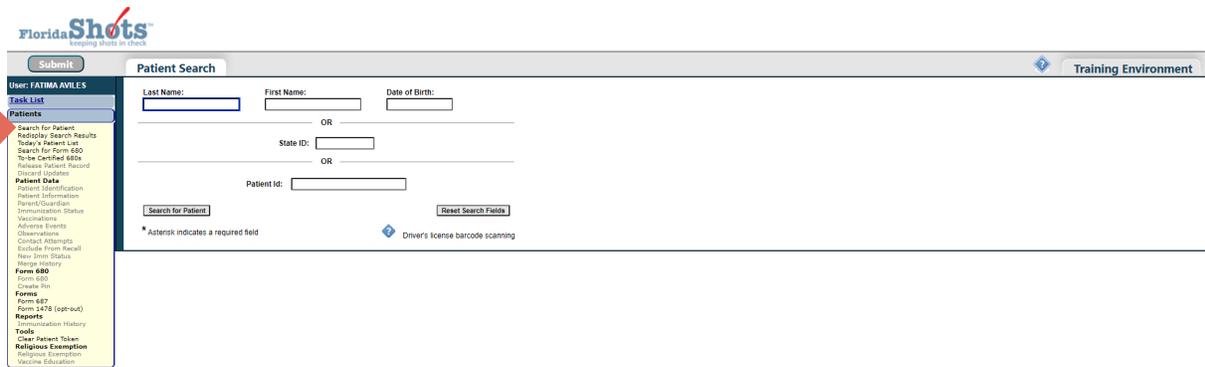
## 1. DOCUMENTACIÓN DE VACUNAS ADMINISTRADAS

### ▶ Paso 1:

Inicie una sesión en Florida SHOTS.

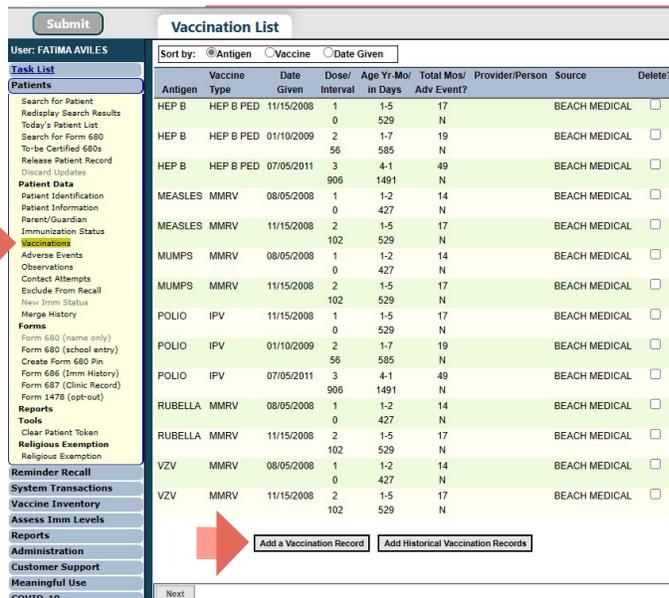
### ▶ Paso 2:

Realice una búsqueda de paciente desde el menú **Pacientes (“Patients”)** de Florida SHOTS para abrir o agregar el expediente del paciente.



### ▶ Paso 3:

Seleccione **Vacunas (“Vaccinations”)** en el menú de Florida SHOTS y haga clic en el botón de **Agregar un registro de vacunación (“Add a Vaccination Record”)**.



## ▶ Paso 4:

En la página Agregar registro de vacunación (“Add Vaccination Record”) deberá llenar todos los siguientes campos:

- **Tipo de vacuna (“Vaccine Type”):**  
Ingrese el tipo de vacuna que recibió el paciente. El hipervínculo información sobre el tipo de vacuna (“Vaccine Type Information”) abre una tabla con los tipos de vacunas de Florida SHOTS, el nombre de la vacuna, la marca y el código del fabricante para asegurar que se seleccione el tipo de vacuna correcta.
- **Fecha de administración (“Date Given”):**  
Ingrese la fecha, o si la vacuna se administró hoy, ingrese una “T” y la fecha de hoy aparecerá automáticamente.
- **Sitio de inyección (“Injection Site”):**  
Registre el lugar específico del cuerpo donde se administró la vacuna.
- **Vía de administración (“Injection Route”):**  
Registre el método utilizado para administrar la vacuna.
- **ID de la organización proveedora (“Provider Org ID”):** Su práctica aparecerá por defecto para el nombre de la práctica que administra la vacunación.
- **ID de la persona proveedora (“Provider Person ID”):** Seleccione la ID del miembro del personal que administra la vacuna.
- **Sitio de servicio de inmunización (“Imm Service Site”):** Si su organización tiene varios sitios de servicio, puede indicar cuál administró la vacunación. Si la vacunación que se está registrando es la más reciente y el sitio de servicio seleccionado es diferente al que aparece en la página **Información del paciente (“Patient Information”)**, se le preguntará si desea actualizar el sitio de servicio del paciente.
- **Programa de financiamiento (“Funding Program”):** Si su organización, o alguno de sus sitios, participa en uno de los programas de pedido del Programa de Vacunas para Niños (VFC, por sus siglas en inglés), verá el menú **Programa de financiamiento (“Funding Program”)**. Si está administrando una vacuna de uno de los programas en la lista, selecciónelo en el menú desplegable. Si está utilizando una vacuna adquirida de forma privada, deje esta casilla marcada con la opción **Seleccionar (“Select”)** y continúe con el registro de la vacuna.
- **Elegibilidad VFC (“VFC Eligibility”):**  
Este campo solo será visible si Florida SHOTS ha registrado un PIN VFC y una fecha de inicio para su organización y si se ha seleccionado un programa de pedido VFC en el menú **Programa de financiamiento (“Funding Program”)**. Especifique la elegibilidad del paciente para recibir la vacuna VFC según corresponda a esta vacunación.
- **Destinatario del VIS (“VIS Recipient”):**  
Seleccione la persona que recibe las declaraciones VIS para este paciente. Los nombres de la madre, el padre, el tutor y el paciente estarán disponibles si ya están en el expediente del paciente. Si se selecciona **Otro (“Other”)**, deberá ingresar el nombre de la persona que recibe el formulario, así como la relación de esa persona con el paciente. Si la relación es madre, padre o tutor y el nombre ingresado es diferente al que ya está registrado, se le dará la opción de reemplazar la información actual por la nueva. Esta información se incluirá en el formulario DH687, tarjeta de registro de la clínica, junto con si esta persona también dio consentimiento para el tratamiento.
- **Fecha del VIS (“VIS Date”):** Ingrese la fecha de la declaración de información sobre la vacuna (VIS, por sus siglas en inglés) proporcionada para esta vacunación. Algunas vacunas combinadas pueden requerir varias fechas de publicación del VIS. Si existe una sola declaración VIS para vacunas combinadas, verá un botón llamado **Otras opciones de VIS (“Other VIS Options”)**, este le permitirá usar las declaraciones separadas o la combinada. Para ver la información actual del VIS, haga clic en el hipervínculo declaraciones de información sobre vacunas (VIS) de los CDC (“CDC Vaccine Information Statements [VIS]”), lo cual se encuentra encima del campo Destinatario del VIS (“VIS Recipient”).
- **Consentimiento para el tratamiento otorgado por el destinatario del VIS (“Consent for Treatment Given by VIS Recipient”):**  
Cuando se registre la información del VIS, este campo se habilita y es obligatorio. Deje la respuesta predeterminada en **Sí (“Yes”)** si la persona que recibe la declaración VIS dio el consentimiento para el tratamiento. Si

la persona que da el consentimiento no es la misma que recibe las declaraciones, debe seguir la política local sobre la documentación del consentimiento para el tratamiento. Esta información se incluirá en el formulario DH687, tarjeta de registro de la clínica, junto con el nombre del destinatario del VIS.

- Fabricante, número de lote y fecha de vencimiento (“Manufacturer, Lot Number & Expiration Date”):** Estos campos son obligatorios cuando la vacunación es elegible para VFC y la fecha de administración es dentro de los últimos 30 días; de lo contrario, son opcionales. Si se selecciona el fabricante, el número de lote es obligatorio. La fecha de vencimiento solo se puede ingresar una vez que se haya seleccionado el fabricante.

Quite la marca de la casilla de **Agregar otro registro de vacunación (“Add another vaccination record”)** si no necesita registrar más vacunas.

Haga clic en el botón **Siguiente (“Next”)**.

### Paso 5:

Haga clic en el botón de **Enviar (“Submit”)** para guardar el registro de vacunación.

Antigen	Vaccine	Date Given	Dose/Interval	Age Yr-Mo/In Days	Total Mos/Adv Event?	Provider/Person	Source	Delete?
DIPHTHERIA	TDAP	03/02/2023	1	15-8	188	BEACH MEDICAL	BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
HEP B	HEP B PED	11/15/2008	1	1-5	17	ARCEL	BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
HEP B	HEP B PED	01/10/2009	2	1-7	19		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
HEP B	HEP B PED	07/05/2011	3	4-1	49		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
MEASLES	MMRV	08/05/2008	1	1-2	14		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
MEASLES	MMRV	11/15/2008	2	1-5	17		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
MUMPS	MMRV	08/05/2008	1	1-2	14		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
MUMPS	MMRV	11/15/2008	2	1-5	17		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
	HPV9	11/10/2022	1	15-5	185		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
PERTUSSIS	TDAP	03/02/2023	1	15-8	188	BEACH MEDICAL	BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
POLIO	IPV	11/15/2008	1	1-5	17		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
POLIO	IPV	01/10/2009	2	1-7	19		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
POLIO	IPV	07/05/2011	3	4-1	49		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
RUBELLA	MMRV	08/05/2008	1	1-2	14		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
RUBELLA	MMRV	11/15/2008	2	1-5	17		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
TETANUS	TDAP	03/02/2023	1	15-8	188	BEACH MEDICAL	BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
VZV	MMRV	08/05/2008	1	1-2	14	ARCEL	BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
VZV	MMRV	11/15/2008	2	1-5	17		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>

## 2. DOCUMENTACIÓN DE VACUNAS HISTÓRICAS

### Paso 1:

Inicie una sesión en Florida SHOTS.

### Paso 2:

Realice una búsqueda de paciente desde el menú **Pacientes (“Patients”)** de Florida SHOTS para abrir o agregar el expediente del paciente.

### Paso 3:

Seleccione **Vacunas (“Vaccinations”)** en el menú de Florida SHOTS y haga clic en el botón de **Agregar registros de vacunaciones históricas (“Add Historical Vaccination Records”)**.

Antigen	Vaccine Type	Date Given	Dose/Interval	Age Yr-Mo/In Days	Total Mos/Adv Event?	Provider/Person	Source	Delete?
HEP B	HEP B PED	11/15/2008	1	1-5	17		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
HEP B	HEP B PED	01/10/2009	2	1-7	19		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
HEP B	HEP B PED	07/05/2011	3	4-1	49		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
MEASLES	MMRV	08/05/2008	1	1-2	14		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
MEASLES	MMRV	11/15/2008	2	1-5	17		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
MUMPS	MMRV	08/05/2008	1	1-2	14		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
MUMPS	MMRV	11/15/2008	2	1-5	17		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
POLIO	IPV	11/15/2008	1	1-5	17		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
POLIO	IPV	01/10/2009	2	1-7	19		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
POLIO	IPV	07/05/2011	3	4-1	49		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
RUBELLA	MMRV	08/05/2008	1	1-2	14		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
RUBELLA	MMRV	11/15/2008	2	1-5	17		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
VZV	MMRV	08/05/2008	1	1-2	14		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
VZV	MMRV	11/15/2008	2	1-5	17		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>

### Paso 4:

En la página **Vacunas históricas (“Historical Shots”)** puede ingresar varias vacunas a la misma vez y deberá llenar los siguientes campos:

- **Tipo de vacuna (“Vaccine Type”):** Ingrese el tipo de vacuna que recibió el paciente. El hipervínculo información sobre el tipo de vacuna (“Vaccine Type Information”) abre una tabla con los tipos de vacunas de Florida SHOTS, el nombre de la vacuna, la marca y el código del fabricante para asegurar que se seleccione el tipo de vacuna correcta.
- **Fecha de administración (“Date Given”):** Ingrese la fecha en que se administró la vacuna. (Al hacer clic en las casillas junto a los campos Fecha de administración (“Date Given”), indica que la vacuna fue proporcionada por su organización.)

Haga clic en el botón **Siguiente** (“Next”).

**Paso 5:**

Haga clic en el botón de **Enviar** (“Submit”) para guardar el registro de vacunación.

Antigen	Vaccine Type	Date Given	Dose Interval	Age Yr-Mo/In Days	Total Mos/Adv Event?	Provider/Person	Source	Delete?
DIPHtheria	TDAP	03/02/2023	0	15-8	188	BEACH MEDICAL	BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
HEP B	HEP B PED	11/15/2008	1	1-5	17	ARCEL	BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
HEP B	HEP B PED	01/10/2009	2	1-7	19		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
HEP B	HEP B PED	07/05/2011	3	4-1	49		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
MEASLES	MMRV	08/05/2008	1	1-2	14		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
MEASLES	MMRV	11/15/2008	2	1-5	17		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
MUMPS	MMRV	08/05/2008	1	1-2	14		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
MUMPS	MMRV	11/15/2008	2	1-5	17		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
	HPV9	11/10/2022		15-5	185		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
PERTUSSIS	TDAP	03/02/2023	1	15-8	188	BEACH MEDICAL	BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
POLIO	IPV	11/15/2008	1	1-5	17		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
POLIO	IPV	01/10/2009	2	1-7	19		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
POLIO	IPV	07/05/2011	3	4-1	49		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
RUBELLA	MMRV	08/05/2008	1	1-2	14		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
RUBELLA	MMRV	11/15/2008	2	1-5	17		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
TETANUS	TDAP	03/02/2023	1	15-8	188	BEACH MEDICAL	BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
VZV	MMRV	08/05/2008	1	1-2	14	ARCEL	BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>
VZV	MMRV	11/15/2008	2	1-5	17		BEACH MEDICAL	<input type="checkbox"/>

## Centro De Ayuda



### APOYO TÉCNICO GRATUITO:

877-888-7468 (SHOT)

LUNES – VIERNES, 8 A.M. A 5 P.M. HORA DEL ESTE

#### INCLUYENDO:

- Fusión de expedientes de pacientes duplicados
- Añadir administradores de cuenta
- Desbloquear cuentas de Florida SHOTS
- Preguntas acerca de cualquier característica de Florida SHOTS