

ADULTOS: Edades 19-up

_____ **Tengo Medicare Part B**

Medicare Numero: _____

Firma _____

_____ **No tengo un seguro que cubre las vacunas**

_____ **Tengo un seguro que cubre las vacunas**

Nombre de seguro: _____

NINOS: Edades 0-18 yrs

_____ Mi hijo tiene un seguro de salud que cubre las vacunas
 SJBHD Puede facturar _____ CHP & _____ RMHP

Número de póliza _____

_____ Mi hijo tiene otro seguro, por lo que pagaré hoy y
 enviaré el recibo de reembolso

_____ Mi hijo no tiene un seguro de salud que cubra las
 vacunas

_____ Mi hijo tiene MEDICAID # _____

_____ Mi hijo es Nativo Americano / Nativo de Alaska

Información del paciente:

Apellido _____ Primer Nombre _____ Nombre de soltera _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ (mm/dd/yyyy) Edad: _____ Genero: **M** **F** Peso aproximado: _____

Numero de Telefono: Casa (____) _____ Celular (____) _____ Trabajo (____) _____

Direccion de paciente o PO BOX: _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____ Pais _____Codigo Postal _____

SSN (ultimos 4) _____ Alergias: _____

Contacto de Emergencias

Apellido _____ Primer Nombre _____ Telephono(____) _____

Tipo de relación _____

FOR OFFICE USE:

Pay Codes: (PB) PUBLIC= VFC; (SP) SPECIAL PROJECTS 317; & (PP) PRIVATE PAY

Vaccines Administered Today	Pay Code PB,SP,PP	Lot Number	Body Site: LA,LD,RA,RD,LL LAT,LLT,RL,RT, RLT,PO,NASAL	Dose:	Route: INTRADERMAL INTRAMUSCULAR,SUB CUTANEOUS NASAL,ORAL	RN(signature or initials)	Doses entered into CIIS
		Lot#					
		Lot#					
		Lot#					
		Lot#					
		Lot#					
		Lot #					
		Lot #					
		Lot#					

Fecha de Servicio: _____

Nombre: _____

Cuestionario de cribado



	Si	No	No Se
1. Tiene usted una enfermedad moderada o grave hoy? Alguna fiebre?	_____	_____	_____
2. Tiene alergia a la comida, medicamento?	_____	_____	_____
3. Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	_____	_____	_____
4. Alguna vez Usted o su hijo ha tenido un reaccion seria a Un Vacuna en el pasado?	_____	_____	_____
5. Tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré?	_____	_____	_____
6. Tiene un trasplante de órganos, cáncer, leucemia, VIH / SIDA, O deficiencia del sistema inmunológico?	_____	_____	_____
7. Está tomando medicamentos inmunosupresores / esteroides orales > 14 días, o tratamiento contra el cáncer en los últimos 3 meses?	_____	_____	_____
8. Está tomando Acyclovir o cualquier otro medicamento antiviral?	_____	_____	_____
9. Está tomando algún medicamento para prevenir la coagulación de la sangre?	_____	_____	_____
10. Tiene una enfermedad gastrointestinal?	_____	_____	_____
11. Mujeres: Está usted embarazada o planea convertirse en Embarazada durante el próximo mes?	_____	_____	_____

POR FAVOR LEA: Es importante tener un registro personal de las vacunas y traer este expediente con usted cada vez que usted busca la atención médica o cuando usted planea conseguir vacunado. Asegúrese de que su proveedor de atención médica registre todas sus vacunas en este registro. Es posible que necesite este registro periódicamente durante toda su vida útil. Copias duplicadas \$ 5.00; Expediente internacional duplicado de las inmunizaciones \$ 25.00