



Registro de Administración de Vacunas

Idioma Preferido: _____

Información del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____ Género: Masculino__ Femenino__ Otro__
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Raza: Indígena Americano/Nativo de Alaska Asiático Afro Americano
 Blanco Isleño del Pacífico/Nativo de Hawaiano

Preguntas para el Examen del Paciente	Si	No	No sabe
1. ¿El día de hoy, el paciente tiene fiebre o se siento enfermo?			
2. ¿El paciente tiene alergia a medicamentos, alimentos, látex o vacunas?			
3. ¿En el pasado el paciente ha tenido una reacción adversa a una vacuna?			
4. ¿Ha tenido el paciente una convulsión o problema cerebral o el Síndrome de Guillain-Barre?			
5. ¿Tiene el paciente cáncer, leucemia, VIH / SIDA, u otros problemas del sistema inmunológico?			
6. ¿Tiene el paciente enfermedad del corazón, pulmones, o riñones, diabetes, anemia u otro problema de salud prolongado?			
7. ¿En los últimos tres meses el paciente ha tomado prednisona, cortisona, u otros esteroides, radiación o tratamiento para el cáncer?			
8. ¿En el último año el paciente ha recibido sangre, productos de sangre, o inmunoglobulina (IG)?			
9. ¿Está embarazada la paciente o planificando quedarse embarazada?			
10. ¿En las últimas cuatro semanas ha recibido el paciente vacunas?			
11. ¿Durante el próximo mes, necesita el paciente una prueba para la tuberculosis (TB)?			
12. ¿Tiene el paciente asma, fuma, o utiliza productos de Tabaco o vive con alguien quien tiene?			
13. ¿Tiene el paciente una tarjeta o registro de las vacunas?			
14. ¿Alguna vez el paciente ha tenido varicela? Si es sí, ¿cuándo?: _____			
15. ¿Desearía obtener información sobre el banco de alimentos y despensas de alimentos?			

Notas de la enfermera:

El Departamento de Salud del Condado Marión recomienda firmemente que todas las personas que reciban vacunas esperen 15 minutos para ser observadas antes de salir de la clínica debido a que posiblemente se pueden desmayar, tener alguna reacción alérgica y otras posibles lesiones. Al firmar este formulario reconozco esta recomendación. He recibido la información de la Declaración de Información sobre las Vacunas a ser dadas. Entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas y todas mis preguntas han sido respondidas. Solicito que la vacuna me sea dada o a la persona nombrada anteriormente, de quien soy responsable. Permito la liberación de cualquier información necesaria para el proceso de los reclamos del seguro y solicitud de pagos de los beneficios médicos.

Imprima el nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Para niños menores a los 15 años **debe** ser el padre/madre o tutor legal

Por favor llene esta sección si otra persona que no sea el padre/madre o tutor legal traerá al paciente para las vacunas

Doy mi permiso para _____ para permitir a mi hijo que reciba las siguientes vacunas (haga un círculo en todas las vacunas que desea que su hijo reciba): Hep B Hep A Dtap Tdap Polio Hib PCV13 Rotavirus MMR Varicela HPV Influenza Meningocócica PPSV23
 Instrucciones especiales para la enfermera:

OFFICE USE ONLY

Client name: _____ DOB: _____ Age: _____

VIS given? Yes ___ No ___ Explanation: _____

Code	Vaccine	Brand	Site	Dose	Lot #	Exp. Date	VIS Date
	DTaP Td Tdap ICD Code_____	Daptacel Infanrix Boostrix Tenivac	LAI RAI LTI RTI	0.5cc			
	DTaP/IPV/HBV	Pediarix	LAI RAI LTI RTI	0.5cc			
	DTaP/IPV/Hib	Pentacel	LAI RAI LTI RTI	0.5cc			
	DTaP/IPV	Kinrix	LAI RAI LTI RTI	0.5cc			
	Hib	Pedvax	LAI RAI LTI RTI	0.5cc			
	PCV13 PPSV23	Prevnar Pneumovax	LAI RAI LTI RTI	0.5cc			
	Rotavirus	Rotarix	Oral	1.0cc			
	Hep B	Engerix B	LAI RAI LTI RTI	0.5cc 1.0cc			
	Hep A	Havrix	LAI RAI LTI RTI	0.5cc 1.0cc			
	IPV	I POL	LAS RAS LTS RTS	0.5cc			
	MMR MMRV	MMR II Proquad	LAS RAS LTS RTS	0.5cc			
	Varicella	Varivax	LAS RAS LTS RTS	0.5cc			
	HPV	Gardasil 9	LAI RAI LTI RTI	0.5cc			
	Meningococcal	Menactra	LAI RAI LTI RTI	0.5cc			
	Meningococcal B	Bexsero	LAI RAI LTI RTI	0.5cc			
	Hep A/B Combo	Twinrix	LAI RAI LTI RTI	1.0cc			
	Flu	Fluzone Fluarix	LAI RAI LTI RTI	0.25cc 0.5cc			

Billing and Coding (Circle all that apply)
CHILDREN ONLY ADULTS/KIDS w PRIVATE INSURANCE

M (OHP) **O** (317 funds) RT #: _____

N (No insurance) **B** (Private Insurance) OHP #: _____

F (Underinsured) **L** (Flu—Private) Staff: _____

A (Amer. Ind./AK) **B** (Self-pay)

Referrals:

Tobacco Quit Line

Reproductive Health

STI

OHP Sign-up

Primary Care

Other: _____

Staff Signature: _____ RN Location: _____ Staff ID: _____ Date _____

Data Entry: Alert _____ RainTree _____