

Información Individual Registro de Administración de Vacunas (VAR)

Nombre o etiqueta del individuo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Preguntas de Evaluación del Individuo	Si	No	No sé
1. ¿El paciente ha comido en las últimas 4 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El paciente tiene fiebre o se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El paciente tiene alergias a medicamentos, alimentos, látex o vacunas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿El paciente ha tenido una mala reacción a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿El paciente ha tenido alguna vez una convulsión o un problema cerebral o tiene el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿El paciente tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA u otros problemas del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El paciente tiene enfermedad cardíaca, pulmonar o renal, diabetes, anemia u otros problemas de salud a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿El paciente ha tomado prednisona, cortisona, otros esteroides, radiación o tratamiento contra el cáncer en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿El paciente ha recibido sangre, productos sanguíneos o inmunoglobulina (IG) en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿La paciente está embarazada o planea quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿El paciente ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿El paciente necesita una prueba de tuberculosis (TB) en el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿El paciente tiene asma, fuma o usa productos de tabaco, o vive con alguien que sí lo tiene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿El paciente tiene una tarjeta o registro de vacunas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿El paciente ha tenido alguna vez varicela? ¿Si contesto que sí, cuando? Fecha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Desea información sobre bancos de alimentos locales y despensas de alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Todas las personas que reciben vacunas deben esperar 15 minutos antes de salir de la clínica. Esto es por su seguridad en caso de desmayo, reacción alérgica o efectos secundarios. Al firmar esto, he leído y entendido esta instrucción:

Recibí las declaraciones de información sobre vacunas para las vacunas necesarias. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación y tuve todas mis preguntas respondidas. Estoy de acuerdo en recibir las vacunas solicitadas para mí o para la persona / niño de la que soy responsable. Autorizo la divulgación de la información necesaria para reclamos de seguros o pagos de beneficios médicos.

Nombre de impresión: _____ Firma: _____ Fecha: _____

* **Debe** ser padre o tutor legal para niños menores de 15 años

OFFICE USE ONLY

VIS given? Yes No Explanation: _____

Billing Code → Vaccine Admin Fee Code (1) 90471 (2+) 90472

CHILDREN ONLY

M (Medicaid, OHP) **F** (Underinsured, FQHC)
N (No Insurance) **A** (Am. Indian/AK Native)

ADULTS/KIDS w PRIVATE INSURANCE

O 317 funds (Other State Supplied) **L** Flu—Private (Locally Owned)
B Private Insurance or Self Pay (Billable/Not Eligible)
S Flu-Special (Special Projects)

Fund. Code	CVX Vaccine	Brand	Site	Dose	Lot #	Exp. Date	VIS Date
20 113 115	DTaP Td Tdap	Infanrix Tenivac Boostrix	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			08/06/21
110	DTaP/HepB/IPV	Pediarix	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			10/15/21
130	DTaP/IPV	Kinrix	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			08/06/21
146	DTaP/IPV/Hib/HepB	Vaxelis	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			10/15/21
120	DTaP/IPV/Hib	Pentacel	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			08/06/21
83	Hep A (Pedi)	Havrix Pedi Vaqta Pedi	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			10/15/21
52	Hep A (Adult)	Havrix	LAI RAI LTI RTI	1.0 ml			10/15/21
08	Hep B (Pedi)	Engerix-B Recombivax HB	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			10/15/21
43	Hep B (Adult 3 dose)	Engerix-B	LAI RAI LTI RTI	1.0 ml			10/15/21
189	Hep B (Adult 2 dose)	Hepelisav-B	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			10/15/21
104	Hep A/B	Twinrix	LAI RAI LTI RTI	1.0 ml			10/15/21
49	Hib	PedvaxHIB	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			08/06/21
165	HPV9	Gardasil 9	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			08/06/21
10	IPV Polio	IPOL	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			08/06/21
203	Meningococcal ACWY	MenquadFi	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			08/06/21
03 94	MMR MMRV	MMR II ProQuad	LAS RAS LTS RTS	0.5 ml			08/06/21
133 33	PCV13 PPSV23	Prevnar 13 PneumoVax 23	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			02/04/22 10/30/19
119	Rotavirus	Rotarix	Oral	1.0 ml			10/15/21
21	Varicella	Varivax	LAS RAS LTS RTS	0.5 ml			08/06/21
150	Flu	Flulaval (VFC) Fluarix (Local)	LAI RAI LTI RTI	0.5 ml			08/06/21

Staff ID: _____ Date: _____ Entered in DrCloud Uploaded to DrCloud



Formulario de Información Demográfica

DEMOGRÁFICO INDIVIDUAL *campos obligatorios Gemelo

Nombre legal *Primero: _____ Segundo: _____ *Apellido: _____

Nombre preferido: _____ Pronombres: _____ *Fecha de Nacimiento: _____

*Sexo legal del individuo: _____ Sexo asignado al nacer: _____ Identidad de género: _____

Estado civil: Nunca se casó Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Desconocido

Nombre(s) del tutor/padre: _____

Etnicidad (para informes): _____ No de hispanos Desconocido

Raza (para reportar): Nativo de Alaska Indígena Americano/a Asiático Otra raza única

Negro/a o Afroamericano/a Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico Dos o más razas no especificadas

SSN: _____ Salesforce #: _____ Medicare #: _____

¿Tiene seguro médico?: No OHP ¿Podemos facturar a su seguro? Si No

Nombre del seguro privado: _____ Medicaid/OHP/Prime #: _____

Dirección residencial →

*Línea de dirección: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código postal: _____ Condado: _____

Dirección postal (si es diferente de la anterior): _____

Primario #: _____ Tipo (Primario #): Hogar Móvil Otro

Mensajes de voz: Mensaje detallado Solo devolución de llamada Sin mensajes

Secundario #: _____ Tipo (Secundario #): Hogar Móvil Otro

Correo electrónico de contacto: _____ Permite correo electrónico: Si No

PREFERENCIAS

Idioma, accesibilidad y apoyos →

Lenguaje verbal preferido: _____ Se necesita intérprete: Extranjero Sordomudo Ninguno

Tipo de intérprete: Lenguaje hablado Lenguaje de señas americano Otro _____

Idioma escrito preferido: _____ Clínico bilingüe preferido: Si No

Recordatorio/Notificaciones El individuo debe firmar el formulario de Política de Comunicación Electrónica →

Permitir mensaje de voz: Si No Permitir SMS: Si No

Permitir mensaje de correo: Si No Permitir correo electrónico: Si No

CONTACTO PRINCIPAL En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar? Ninguno/911

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono principal #: _____ Hogar Trabajo Móvil Otro

Idioma principal: _____ ¿Tiene más de 18 años? Si No