

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 (COVID admin) 90480

CHILDREN ONLY

ADULTS/KIDS w PRIVATE INSURANCE

M (Medicaid, OHP) **F** (Underinsured, FQHC) **O** 317 funds (Other State Supplied) **L** —Private (Locally Owned)

N (No Insurance) **A** (Am. Indian/AK Native) **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 DTaP	Infanrix	LAI RAI	0.5 ml			08/06/21
	113 Td	Tenivac	LTI RTI	0.5 ml			08/06/21
	115 Tdap	Boostrix/Adacel	LTI RTI	0.5 ml			01/31/25
	110 DTaP/HepB/IPV	Pediarix	LAI RAI	0.5 ml			07/24/23
	130 DTaP/IPV	Kinrix	LAI RAI	0.5 ml			07/24/23
	146 DTaP/IPV/Hib/HepB	Vaxelis	LAI RAI	0.5 ml			07/24/23
	120 DTaP/IPV/Hib	Pentacel	LAI RAI	0.5 ml			07/24/23
	83 Hep A (Pedi)	Havrix Pedi	LAI RAI	0.5 ml			01/31/25
	52 Hep A (Adult)	Havrix	LAI RAI	1.0 ml			01/31/25
	08 Hep B (Pedi)	Engerix-B	LAI RAI	0.5 ml			01/31/25
	43 Hep B (Adult 3 dose)	Recombivax HB	LTI RTI	0.5 ml			01/31/25
	189 Hep B (Adult 2 dose)	Engerix-B	LAI RAI	1.0 ml			01/31/25
	104 Hep A/B	Heplisav-B	LAI RAI	0.5 ml			01/31/25
	49 Hib	Twinrix	LAI RAI	1.0 ml			01/31/25
	165 HPV9	PedvaxHIB	LAI RAI	0.5 ml			08/06/21
	10 IPV Polio	Gardasil 9	LAI RAI	0.5 ml			08/06/21
	203 Meningococcal ACWY	IPOL	LAI RAI	0.5 ml			01/31/25
	03 MMR	MenquadFi	LAI RAI	0.5 ml			01/31/25
	94 MMRV	MMR II	LTI RTI	0.5 ml			01/31/25
	216 PCV 20	ProQuad	LAI RAI	0.5 ml			05/29/25
	33 PPSV23	Prevnar 20	LTI RTI	0.5 ml			05/29/25
	116 Rotavirus	PneumoVax 23	Oral	1.0 ml			10/15/21
	21 Varicella	Rotarix/RotaTeq	LAI RAI	0.5 ml			01/31/25
	311 COVID (6mo-11y)	Varivax	LAI RAI	0.5 ml			01/31/25
	312 COVID (12y+)	Moderna	LTI RTI	0.5 ml			01/31/25
	313 COVID (12y+)	Moderna Spikevax	LTI RTI	0.5 ml			01/31/25
		Novavax	LTI RTI	0.5 ml			01/31/25

Staff ID: _____

Date: _____

☐ Entered in DrCloud

☐ Uploaded to DrCloud