

Write or stamp clinic address here

## Información del paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años: \_\_\_\_\_ meses (si tiene menos de 5) Sexo: Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

No. de teléfono: \_\_\_\_\_ Apellido de la madre (opcional): \_\_\_\_\_

Raza: Indígena norteamericano o de Alaska      Asiática      Blanca      Prefiero no responder  
(Encierre en un círculo las que correspondan) Afroamericana      Indígena de Hawái o de las Islas del Pacífico

Etnia: ¿Hispana? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Prefiero no responder \_\_\_\_\_ Idioma materno: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social (opcional): \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_      No. de identificación de Medicaid (opcional): \_\_\_\_\_

Recibí el Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA de esta clínica (*HIPAA Notice of Privacy Practices*)

## Preguntas de examen sistemático

	Encierre una en un círculo:	
	Sí	No
¿El paciente tiene fiebre o se siente enfermo hoy?		
¿El paciente tiene alergias a medicamentos, alimentos, látex o vacunas?		
¿Ha tenido el paciente alguna reacción negativa a alguna vacuna?		
¿Ha sufrido el paciente convulsiones o algún problema cerebral?		
¿Padece el paciente de cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?		
¿Padece el paciente de enfermedad cardíaca, enfermedad del pulmón o de los riñones, diabetes, asma, anemia o alguna otra afección de duración prolongada?		
¿Ha tomado el paciente cortisona, prednisona u otros esteroides o ha recibido tratamientos para el cáncer en los últimos 3 meses?		
¿Ha recibido el paciente sangre, productos sanguíneos o inmunoglobulina (IG) este último año?		
¿Está la paciente embarazada o tiene planificado embarazarse?		
¿Ha recibido el paciente vacunas este último mes?		
¿Se ha desmayado alguna vez el paciente después de recibir una inyección?		
¿Ha tenido el paciente varicela?		
De ser así, ¿cuándo? (fecha aproximada): _____		

He recibido información escrita sobre la(s) vacuna(s) (*Vaccine Information Statement*) que será(s) administrada(s) y todas mis preguntas han sido contestadas. Solicito que se me administre la vacuna o que se administre la vacuna a la persona arriba indicada, de la cual estoy a cargo. Autorizo la divulgación de cualquier información que se necesite para tramitar las reclamaciones del seguro y solicitar el pago de beneficios médicos.

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dose #	Vaccine	Brand Name	Lot Number	Exp.	Manuf.	Dose (ML)	Site/Rte	Elig.	VIS Pub Date	Date VIS Given
	DTaP	Infanrix Triptedia Daptacel			GSK Sanofi Sanofi	0.5				
	DTaP/Hep.B/IPV	Pediarix			GSK	0.5				
	DTaP/Hib/IPV	Pentacel			Sanofi	0.5				
	DTaP/IPV	Kinrix			GSK	0.5				
	Hep. A	Vaqta (peds/adult) Havrix (peds/adult)			Merck GSK	0.5 1.0				
	Hep. A – Hep. B	Twinrix			GSK	1.0				
	Hep. B	Recomb. (peds/adult) Engerix (peds/adult)			Merck GSK	0.5 1.0				
	Hib	ActHib Hiberix PedVax			Sanofi GSK Merck	0.5				
	Hib-Hep. B	Comvax			Merck	0.5				
	HPV	Gardasil Cervarix			Merck GSK	0.5				
	Influenza live	Flumist (3 or 4)			MedImm	0.2				
	Influenza split					0.25 0.5				
	IPV	IPOL			Sanofi	0.5				
	MCV4	Menactra Menveo			Sanofi Novartis	0.5				
	MCV2	MenHibrix			GSK	0.5				
	MPSV4	Menomune			Sanofi	0.5				
	MMR	MMR II			Merck	0.5				
	MMRV	ProQuad			Merck	0.5				
	PCV13	Prevnar 13			Wyeth	0.5				
	PPV23	Pneumovax			Merck	0.5				
	Rotavirus	Rotarix RotaTeq			GSK Merck	1.0 2.0				
	Tdap	Boostrix Adacel			GSK Sanofi	0.5				
	Td	Decavac Tenivac			Sanofi	0.5				
	Varicella	Varivax			Merck	0.5				
	Zoster	Zostavax			Merck	0.65				
	Other									

PPD Test	Reason Given Code	Lot # and Manufacturer	Inject. Code	MM Results	Date Read	Time Read	Read By

Vaccine Administrator Signature: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Vaccine Administrator Signature\*: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\*Use this 2<sup>nd</sup> signature line if more than one person gave immunizations to client.