



INFORMACION DE VACUNA Y FORMA DE CONSENTIMIENTO

Nombre: _____		
Nombre	Segundo Nombre	Apellido
Calle: _____		
Calle	Cuidad	Estado Código Postal
Teléfono: (_____) _____ -- _____		
Numero de Casa	Otro	
Fecha de Nacimiento: ____--____--____	Edad: _____	Genero: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
		Lengua Primaria: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Otro _____
		Etnicidad: (cheque 1) <input type="checkbox"/> No Hispánico <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No Identificado
Raza: (cheque 1) <input type="checkbox"/> Asían/Polinesia <input type="checkbox"/> Moreno <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaskan <input type="checkbox"/> No Identificado		

Por favor de respuesta al cuestionario de salud abajo:			Si	No	No Se
1. Estas enfermo hoy?					
2. Tienes alergia a cierta comida, ciertas vacunas, componente de vacuna, o látex?					
3. Has tenido una reacción seria después de recibir una vacuna?					
4. Has recibido cualquier vacuna en las últimas cuatro semanas?					
5. Tú o alguien que vive contigo o cuidas tiene un sistema inmunológico débil?					
6. Tienes un historial médico de convulsiones o condiciones neurológico?					
7. Tú o alguien que vive contigo o cuidas toma esteroides, drogas de anti-cáncer o tratamientos de rayos x?					
8. Es posible que estés embarazada o puedes embarazarte en las próximas cuatro semanas?					
9. En el último año has recibido sangre o plasma o le han dado globulina inmune?					

Aseguranza/Información de Pago (cheque uno)					
<input type="checkbox"/> Pago Al Contado – Cantidad \$	<input type="checkbox"/> Pago del Empleo – Nombre de la Compañía:				
<input type="checkbox"/> Medicaid #	<input type="checkbox"/> Medicare #	Suplemento/ Nombre de Compañía:			
<input type="checkbox"/> BlueCross/BlueShield	Cigna	United Health	Aetna	Coventry	Humana
Numero de Grupo o Nombre:			Numero de Aseguranza #:		
Por Favor incluye su tarjeta de Aseguranza para hacer copia y adjunto a esta forma.					

Me han dado una copia y lo he leído, o me han explicado, la información en esta declaración de Información de Vacuna por las vacunas indicadas. He tenido la oportunidad de preguntar cuestiones que han respondido a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas pedidos y que me administren estas vacunas o la persona nombrada que me ha dado autorización para hacer esta solicitud.

Para Beneficiarias de Medicare con Parte B: Yo autorizo el renuncio de cualquier información médico u otra información necesaria para procesar esta reclamación. Yo solicito pago de beneficios del gobierno a mi o tercera persona que acepte esta asignación. Yo autorizo pago de beneficios medico al doctor o proveedor para los servicios describió.

Es recomendado que cualquier persona recibiendo una vacuna se quede por 20 minutos después de vacunándose antes de irse.

_____ X _____

_____	_____	_____
Fecha	Nombre Imprimido	Firma

OFFICE USE ONLY		Record of Immunization					OFFICE USE ONLY	
Vacc	Manf	Lot #	Exp	Dsg	Rte	Ste	VIS	Nurse

Date of Vaccination _____