

Departamento de Salud Pública Elkhorn Logan Valley
Cliente Forma de Administración de Vacunas

Apellido	Nombre	nombre de soltera	Fecha de Nacimiento __/__/__	Edad
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Género <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> hembra	Numero de teléfono () ____ - ____	Correo electrónico:		Nombre del Medico

Tiene Seguro Medico:

seguro privado(paga por vacunas)

seguro privado(no cubre vacunas)

Heritage Health / Medicaid

Americano Indio/ Alaska Nativo

No tengo seguro

Nombre del titular de la póliza:

Nombre y Fecha de Nacimiento(del titular de la póliza):

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: __/__/__

Relación al titular de la póliza:

Usted mismo Espos(a) hijo(a) Otro

Conteste las siguientes preguntas

¿Usted ha estado enfermo?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
¿Ha tenido alguna vez una reacción grave después de recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
¿Usted tiene alergias a la medicación, comida, componente de la vacuna o látex?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
¿Usted tiene un problema de salud de largo termino como enfermedad del corazón y pulmones, asma, enfermedad de los riñones, enfermedad metabólica (diabetes), o desorden de la sangre?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
¿Usted tiene cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
¿Tiene problema de convulsiones, el cerebro o los nervios?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
¿Usted ha tenido alguna vacuna en las últimas cuatro semanas?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
¿Toma cortisona, prednisona, esteroides, medicamentos contra el cáncer o ha tenido tratamiento de rayos X?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
¿Ha tenido el síndrome de Guillan-Barre dentro de seis semanas previas de haber recibido cualquier vacuna?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
¿Tiene un trastorno de hemorrágico, como la hemofilia o trombocitopenia?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Durante el año pasado, usted ha recibido una transfusión de sangre o productos de sangre, o ha recibido gama globulina inmune o medicina antiviral?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
¿Sola para mujeres: está embarazada, o está dando de lactar (amamantando) a un niño?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Consentimiento para Vacuna y Liberación Médica

He leído la (s) Declaración (es) de Información sobre la vacuna (s) que me han dado acerca de la (s) vacuna (s) que el cliente e está recibiendo hoy como se indica debajo en "vacunas provistas". Entiendo que las vacunas administradas se basan en las recomendadas para la edad del cliente, las circunstancias y / o el historial de vacuna disponible. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la (s) vacuna (s) y sus efectos secundarios actualmente conocidos. No hay garantía de inmunidad o de que el cliente no experimentará una reacción adversa a la (s) vacuna (s). En el caso de que se produzcan efectos secundarios adversos o que no se dé inmunidad, por la presente exijo a ELVPHD de toda responsabilidad en la medida permitida por la ley. Todas las vacunas administradas por ELVPHD se ingresarán en NESIIS (Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nebraska). Si corresponde, permito que estos servicios se presenten al seguro. Si el seguro no paga, entiendo que soy responsable del pago. ELVPHD proporciona prácticas de privacidad a pedido del cliente y este consentimiento se considera la oferta para proporcionar las prácticas de privacidad de ELVPHD. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las prácticas de privacidad, y esas preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Autorizo a ELVPHD a divulgar información de la historia clínica del cliente, incluidas, entre otras, las siguientes entidades: familiares / tutores / representantes del cliente que solicitan el registro de vacunación, cuidado de niños, autoridades escolares o relacionadas con el trabajo para comprobar el estado de inmunización, proveedores médicos, registros médicos, facturación y seguro. Autorizo a ELVPHD a fotografiarme a mí y / o a mi hijo (s) durante los servicios prestados y utilizar las imágenes para su publicación y / o distribución. ELVPHD se comunicará conmigo con respecto a las vacunas, otros servicios o notificaciones a través de mensajes de texto, correo electrónico, teléfono u otros medios electrónicos y mi firma indica la aceptación de esos contactos. Entiendo que esta versión se puede revocar en cualquier momento mediante notificación por escrito a ELVPHD. La revocación será efectiva a partir de la fecha notificada, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción.

X _____
 Firma del paciente o Representante del Paciente

Nombre : _____

Fecha

Relacion al cliente: _____

To be completed by staff:

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DTap | <input type="checkbox"/> HPV |
| <input type="checkbox"/> Hep A | <input type="checkbox"/> Infanrix |
| <input type="checkbox"/> Hep B | <input type="checkbox"/> Influenza |
| <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> IPV |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | |

Vacunas:

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kinrix | <input type="checkbox"/> Pediarix | <input type="checkbox"/> Rotavirus |
| <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Pentacel | <input type="checkbox"/> Shingles |
| <input type="checkbox"/> Meningitis B | <input type="checkbox"/> PCV 13 | <input type="checkbox"/> Td/Tdap |
| <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> PPSV23 | <input type="checkbox"/> Varicella |

To be completed by staff:

Manufacturer: (check which type) <input type="checkbox"/> Type(Lot #) – exp date (Manufacturer) – 0.5cc, IM	Injection Site (circle): Left Deltoid Right Deltoid Other (specify): _____
---	--

Manufacturer:	Lot #:	Exp Date:
Injection Site (circle one): Left Deltoid Right Deloid Other (specify) _____	Dosage: 0.5cc Other (specify)	Route: IM

Manufacturer:	Lot #:	Exp Date:
Injection Site (circle one): Left Deltoid Right Deloid Other (specify) _____	Dosage: 0.5cc Other (specify)	Route: IM

Manufacturer:	Lot #:	Exp Date:
Injection Site (circle one): Left Deltoid Right Deloid Other (specify) _____	Dosage: 0.5cc Other (specify)	Route: IM

Manufacturer:	Lot #:	Exp Date:
Injection Site (circle one): Left Deltoid Right Deloid Other (specify) _____	Dosage: 0.5cc Other (specify)	Route: IM

Manufacturer:	Lot #:	Exp Date:
Injection Site (circle one): Left Deltoid Right Deloid Other (specify) _____	Dosage: 0.5cc Other (specify)	Route: IM

_____	_____	For Private Pay Only: Amount Paid: \$_____
Signature of Vaccine Administrator	Date of Vaccine Administration	<input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Check (#_____)