



# Cuestionario de Inmunización

NOMBRE del Paciente \_\_\_\_\_ Teléfono # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estad/Código Postal \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento Mes \_\_\_\_/Día \_\_\_\_/Año \_\_\_\_ Edad de Hoy \_\_\_\_ Sexo  F  M  
 Le ha dado Varicela  Sí ( Informe Verbal  MD o laboratorio confirmado)  No

Raza	Etnicidad	Número de Seguro Social # de paciente
<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino	_____ - _____ - _____ <small>Requerido solamente si quiere acceso al expediente en línea de las vacunas de su Niño(a)</small>

**Estafo de Cobertura Medico (Marque sólo una casilla) \* Por favor, incluya una copia del frente y reverso de la tarjeta de seguro**

**Seguro Médico Privado:** Nombre de la compañía de seguro Médico: \_\_\_\_\_  
 Número de identificación de seguro Médico #: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Nombre de la Persona Primaria: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Medicaid / NV Check Up #:** \_\_\_\_\_  **Medicare #:** \_\_\_\_\_ **Relación con la Persona Primaria:** \_\_\_\_\_

**No tiene seguro Médico**  
 \* Por favor incluya \$259 por cuota de administración o lo que usted pueda pagar

**Tiene seguro Médico, pero no cubre las vacunas**  
 \* Por favor incluya \$20 por cuota de administración o lo que usted pueda pagar

**Favor de contestar las siguientes preguntas sobre LA PERSONA que se va a vacunar**

1. ¿Ha sido vacunado(a) / a contra la influenza en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Esta enfermo hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿Es alérgico a los huevos, medicamento, látex o algún componente de vacunas? Anote sus alergias: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
4. ¿Ha tenido alguna reacción seria o se a desmayado con alguna vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
5. ¿Ha tenido el síndrome de Guillain-Barre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
6. ¿Ha tenido convulsiones o algún problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
7. ¿Tiene cáncer, SIDA u otros problemas del sistema Inmunológico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
8. ¿Ha tomado cortisona, prednisona o algún esteroide, medicina anticancer o radiación en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
9. ¿Ha recibido alguna medicina antiviral en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
10. ¿Ha recibido otras vacunas en los últimos 28 días, como la de influenza (gripe)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
11. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o productos de sangre, le han dado gamma inmune (gama) Globulina en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
12. ¿Tiene problemas a largo plazo de diabetes, enfermedad Cardiaca, enfermedad pulmonar, enfermedad renal, respira con silbido o asma, Anemia, o algún desorden sanguíneo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
13. ¿La persona que se va a vacunar hoy está embarazada o planea quedar embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO

He recibido y entiendo la hoja de información sobre la vacuna que será administrada. Autorizo a CCHHS a guardar esta información en el registro de Inmunizaciones de Nevada, a menos que yo especifique lo contrario. Entiendo que el Aviso de privacidad de CCHHS está disponible en immunizations. Por este medio autorizo el pago directo a CCHHS de los servicios médicos prestados a mí o a mis dependientes.

**Si mi seguro médico no paga o cubre los servicios, estoy de acuerdo que soy financieramente responsable de los saldos pendientes.**

**Firma del Cliente/Padre/Guardián** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Se requiere la firma de los padres/guardián para menores de 18 años

**Escriba claro el nombre del Cliente/Padre/Guardián** \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**CLINIC USE ONLY – POR FAVOR NO ESCRIBA DEBAJO DE LA LINEA** **Circle Location Below**

					RD	LD	IM
--	--	--	--	--	----	----	----

Administered by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Clinic Location: \_\_\_\_\_  
 (Write Legibly) First Initial Last Name Credential

Amount \$: _____ <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Check	\$ Reconciliation:	Trans RX:	eCW/Scan:	eCW Charting:
--	--------------------	-----------	-----------	---------------