Dr. Joel & Carol Bower – SBHC

Registro de Administración de Vacunas

Nombre del Paciente _____ Teléfono (___)_____
Primer Apelido **Nombre**

Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Mes **Día** **Año**

Dirección _____
**Calle** **Ciudad** **Estado** **Código Postal**

¿ Tiene usted?: Medicaid Nevada Check-up Número _____ Tipo: HPNH NCSH

Marque sólo una: Indio Nativo Estadounidense o Nativo de Alaska Tiene seguro médico que no paga las vacunas

No tiene seguro médico Tiene seguro médico que paga las vacunas

Ha tenido Varicela sí no

¿ Trajo su registro de vacunas o el de su niño hoy? sí no

Es importante que tenga usted un regisro personal de sus vacunas. Sí usted no tiene una tarjeta de registro, pída que la enfermera le de una. Traiga la tarjeta cada vez que venga por sevicio médico. Asegúrese que el personal de asistencia médica anote todas las vacunas recibidas en la tarjeta. Su hijo necesitará esta tarjeta para entrar en La guardería, el kindergarten, colegio, etc.

El siguiente formulario nos ayudará a determiner cuales vacunas le pueden ser aplicadas hoy. Sí tiene duda o alguna pregunta, pídale una expicación a la enfermera.

¿LA PERSONA QUE RECIBIRÁ...	**Sí**	**No**	**No Se**
1. Está enferma hoy?			
2. Es alérgica a algún medicamento, comida o a alguna vacuna?			
3. Alguna vez ha tenido una reacción severa después de tecibir una vacuna?			
4. Ha sido diagnosticado con cancer, leukemia, SIDA o algún otro problema del sistema immunológico?			
5. Está tomando cortisone, prednisone, algún otro esteroide, drogas anti-cáncer o Tratamientos con rayos X?			
6. Ha recibido una trasfusión de sangre o productos derivados de la sangre, o ha recibido Un medicamento llamado immune (gamma) globulin en el último año?			
7. Ha tenido convulsions o problemas del cerbro?			
8. Ha recibido alguna vacuna o pruebas en las útimas cuatro semanas?			
9. **Para niñas/mujeres mayor de 9 años:** ¿Está embarazada? ¿Está tratando de quedar embarazada en los próximos 28 dias? ¿Cuándo fué su último período menstral? _____			

Renuncia de Reponsibilidades

He leido o se me ha explicado la información contenida en la Declaración (s) de infomación de Vacunas Acerca de la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s). He tenido la oporunidad de hacer grguntas, las cuales Fueron contestadas a mi satisgacción. Credo que entiendo los beneficios y tiesgos de la(s) vacuna(s) y Pido que la(s) vacuna(s) indicada(s) al reverse se me aplique(n) o se le aplique(n) ala persona nombrada arriba pro la cual estoy aurorizado para hacer está solicitud.

El fomulario fue contestado por _____ Fecha _____