

Primer Nombre _____ **Apellido:** _____ **Sexo:** _____ **Edad:** _____

Dirección: _____ **Cuidad:** _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal** _____

Teléfono: _____ **Correo Electronico:** _____ **Fecha de Nacimiento**

Mes día AÑO

Raza : _____ **Etnicidad: (elige uno)** Hispano/Latino No Hispano/Latino **Idioma Preferida :** _____

Seguro de Salud _____	Número de identificación _____	# del Grupo _____
Dirección del Seguro _____	No. de Seguro Social _____	
Información de Asegurado: Nombre _____	Relación al Asegurado _____	
Fecha de Nacimiento _____	Dirección (si es diferente del paciente) _____	
Secundario Seguro de Salud _____	Número de identificación _____	# del Grupo _____
Dirección del Seguro _____	No. de Seguro Social _____	
Información de Asegurado: Nombre _____	Relación al Asegurado _____	
Fecha de Nacimiento _____	Dirección (si es diferente del paciente) _____	
NO HAY ASEGURANCIA	¿CUANTOS EN EL HOGAR?:	¿INGRESO DEL HOGAR?:
	¿por semana/ mes /año?	

POR FAVOR CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS	Sí	No
¿Está enferma hoy?		
¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?		
¿Tuvo alguna vez una reacción seria después de vacunarse?		
¿Tiene algún problema de salud a largo plazo, como enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, enfermedad metabólica (como diabetes), anemia o algún otro trastorno de la sangre?		
¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?		
¿En los últimos 3 meses ha tomado medicamentos que afecta su sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha tenido tratamientos de radiación?		
¿Tuvo alguna vez convulsiones o problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso? (Guillain Barre Syndrome)		
Durante el año pasado, ¿le hicieron una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o un medicamento antiviral?		
¿Le aplicaron alguna vacuna en las últimas 4 semanas?		
Para las mujeres: ¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de que serás embarazada en el próximo mes?		

El Distrito de Delaware General de Salud puede mantener este registro en el expediente médico de mi. DGHD registrará cual vacuna fue dada, la fecha en que la vacuna fue dado, el nombre de la compañía que fabricó la vacuna, el número de lote de la vacuna, la firma y título de la persona que dio la vacuna, la dirección donde se aplicó la vacuna. Entiendo que esta información será publicado en el Registro de Vacunación del Estado con el propósito de seguir curso de hacer volver vacunas y registro, a menos que lo solicite lo contrario. He leído o se me ha explicado la información sobre la vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y pido que la vacuna sea administrada a la persona nombrada por quien estoy autorizado para hacer esta solicitud. Mi información médica no será compartida sin una autorización para divulgar información. Se proporcionará una copia de los distritos de salud Aviso de prácticas de privacidad (HIPAA) y también se encuentra en nuestro sitio web delawarehealth.org. Autorizo mi compañía de seguros para asignar la cantidad a pagar directamente a DGHD. **Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que no están cubiertos por mi plan de seguro privado. Reconozco que cualquier co-pago se debe pagar el día que recibo los servicios.**

Firma del Paciente: _____ **Fecha** _____

OFFICE USE ONLY (uso de oficina)							
<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> TD	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Hep B	<input type="checkbox"/> Pneumococcal	<input type="checkbox"/> Prevnar 13	<input type="checkbox"/> Shingles	<input type="checkbox"/> Flu Shot
<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Hep A	<input type="checkbox"/> Rabies	<input type="checkbox"/> Meningococcal B	<input type="checkbox"/> Meningococcal ACWY	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/> Flu Mist

STOP**— For Office Use Only****Vaccine Administration Record**

VACCINE	DOSE #	LOT #	SITE	SIGNATURE and TITLE	DATE
GARDASIL 9 90651			LD RD IM		
HEP A 90632			LD RD IM		
HEP B 90746			LD RD IM		
IPV (POLIO) 90713			LD RD SQ IM		
MENINGOCOCCAL ACWY 90734			LD RD IM		
MMR 90707			LA RA SQ		
PNEUMOCOCCAL 90732			LD RD IM		
PREVNAR-13 90670			LD RD IM		
RABIES 90675			LD RD IM		
SHINGLES 90750			LD RD IM		
TDAP 90715			LD RD IM		
TD 90714			LD RD IM		
VARICELLA 90716			LA RA SQ		
MENINGOCOCCAL B 90620			LD RD IM		
High Dose Flu 90662			LVL RVL LD RD IM		
Flu Pres. free 90686			LVL RVL LD RD IM		
FluBlok Egg Free 90673			LVL RVL LD RD IM		
FluMist 90672			Nasal		
Nursing Assessment 99211	Notes:				

Administrative Assistant

Time In

NN Number

Insurance
Verified

Primary Insurance

State

Private

NN Completed

Impact
Completed**Nurse**

Time Completed

NN Completed

Impact
Completed**Doctor Information****Notification of Vaccination****Form Filled Out**

Last Well Visit