

Immunization Worksheet

Apellido (Letra de molde)		Nombre		2nd Nombre		Fecha De Nacimiento		Edad		Genero: <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Masc.	
Dirección				Cuidad		Condado		Estado		Código Postal	
Número de Teléfono <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa		Seguro Social (Opcional)		Etnia: Origen Hispano <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro Isleño Pacifico					
Lenguaje: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro			Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado Legal				Lugar de Nacimiento:				
¿Nos da permiso contactarlo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Ingreso Bruto Anual (opcional): \$ _____		¿Cuántas personas en su hogar se mantienen con este ingreso? _____		Correo Electrónico:					

Necesario Para Menores

Nombre de la Madre:		Apellido De Soltera:		Nombre del Padre:	
----------------------------	--	-----------------------------	--	--------------------------	--

Información De Seguro Medico

¿El paciente tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						Proporcione su plan de seguro:					
<input type="checkbox"/> Medicaid/Soonercare		Numero de Medicaid:		Nombre y Apellido (Como Esta En Su Tarjeta)		Apellido de Soltera de la madre:					
<input type="checkbox"/> Seguro Privado		Seguro Medico		Nombre del Titular:		Numero de Grupo:		Numero de Póliza.:			
<input type="checkbox"/> Medicare		Tiene Medicare: Part B: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Part D: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Numero De Medicare:					

Consentimiento: Yo, el firmante, doy mi consentimiento para los servicios que estoy solicitando al Departamento de Salud de Tulsa y a sus entidades/contratistas. Yo, reconozco que recibí la hoja Informativa Del Fabricante de la vacuna para los riesgos y beneficios de recibir la vacuna y también tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre las vacunas. Yo, entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito que se me administre la vacuna o a la persona para la que estoy autorizado a dar mi consentimiento. He revisado el Aviso de Practicas de Información de Salud (HIPAA) y entiendo que la información puede ser proporcionada a funcionarios de salud pública, profesionales de la salud y entidades de procesamiento de seguros.

Yo autorizo a THD mandar cobrar mi seguro médico (si es aplicable) por los servicios proveídos, yo también entiendo que soy responsable de cualquier porción no cubierta por mi seguro.

Firma (Paciente o Padre/Tutor Legal): _____ **Fecha:** _____

Requerido Para Menores De Edad		Nombre del Padre o Tutor Legal (Letra de Molde) _____				Relación con el menor: _____	
---------------------------------------	--	--	--	--	--	-------------------------------------	--

Vaccine	Lot #	Site	Vaccine	Lot #	Site	Vaccine	Lot #	Site
Dtap, Dtap-IPV, Dtap/Hep B/IPV			Hib, HPV 9, IPV			Rotavirus, RSV		
Dtap-HIB/IPV, Dtap/IPV/Hib/Hep B			MENB, MenQuadfi			TD, TdaP		
COVID			MMR, MMRV			Varicella		
Flu			PCV			Other:		
Hep A, Hep B, HepA/B			PCV20, PCV23			Other:		

Provider Signature: _____ **Date:** _____ **PHOCIS ID:** _____ **OSIIS ID:** _____

Comment: _____ **Date Entry Completed on:** _____ **Clerk Int.:** _____



Cuestionario de contraindicaciones para vacunarse

		SI	No	No Sé
1.	¿Estas enfermo hoy?			
2.	¿Eres alérgico a un medicamento, alimento, o algún componente de la vacuna o al látex?			
3.	¿Ha sufrido de una reacción severa después de vacunarse?			
4.	¿Tiene algún problema de salud crónico con el corazón, los pulmones o los riñones, o sufre de enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, no tiene bazo, tiene deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o derrame de líquido cefalorraquídeo? ¿Recibe terapia con aspirina a largo plazo?			
5.	En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que afecten 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 recibido tratamientos de radiación.			
6.	Durante el último año, ¿recibido una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o se le administro inmunoglobulina, gammaglobulina o un medicamento antiviral?			
7.	¿Ha tenido convulsiones o un problema de cerebro o del sistema nervioso? ¿Un de sus padres, o hermanos tiene problema en su sistema nervioso?			
8.	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario? ¿Uno de sus padres o hermanos tiene algún problema en su sistema inmunitario?			
9.	¿Se le aplicó alguna vacuna en las últimas 4 semanas?			
10.	¿Alguna vez ha sufrido del síndrome de Guillain Barre?			
11.	Para mujeres de 10 años y mayores; ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada el próximo mes?			

For COVID-19 vaccine recipients:

1.	¿Ha recibido la vacuna COVID-19 antes o durante el trasplante de células hematopoyéticas (TCH) o las terapias con células CAR-T			
2.	¿Alguna vez ha sufrido de una reacción alérgica a un componente de una vacuna contra el COVID-19 o a una dosis anterior de la vacuna contra el COVID-19			
3.	¿Alguna vez ha sufrido de una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluiría una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen o que provoco que usted fuera al hospital. También incluiría una reacción alérgica que provoco urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluidas sibilancias.)			
4.	Marque todo lo que corresponda a su salud: ___ Yo tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis. ___ Yo tengo antecedentes de trombosis con síndrome de trombocitopenia (TTS). ___ Yo tengo antecedentes de síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A). ___ Yo tengo antecedentes del síndrome de Guillain-Barre (SGB). ___ Yo tuve la enfermedad de COVID-19 en los últimos 3 meses. ___ Yo tengo antecedentes de un síndrome de origen inmunitario que se defina como trombosis y trombocitopenia, como la trombocitopenia inducida por heparina (HIT).			

Formulario Llenada por:	Fecha:
Formulario revisado por:	Fecha:
Comentarios:	