



Patient # _____

Encounter # _____

PEDIATRIC IMMUNIZATIONS
 CLIENT FORMULARIO DE MATRÍCULA
 LENAWEE COUNTY HEALTH DEPARTMENT
 1040 S WINTER ST., SUITE 2328
 ADRIAN, MI 49221

____/____/____
 Fecha de Nacimiento

 Edad

<p>Nombre Legal de la Persona Recibiendo Las Vacuna(s):</p> <p>_____ ~ _____ ~ _____ <small>APELLIDO PRIMER NOMBRE INI.</small></p> <p>_____</p> <p><small>Direccion Ciudad Estado Código Postal</small></p> <p>_____</p> <p><small>Direccion de Correo Electronico</small></p> <p>_____</p> <p><small>Padre/Guardian – nombre imprento</small></p> <p>_____</p> <p><small>PRIMERA LENGUA (circule una):</small> INGLES OTHER _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino</p>	<p>RAZA (marque una)</p> <p><input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> blanco</p> <p><input type="checkbox"/> multirracial <input type="checkbox"/> desconocida</p> <p><input type="checkbox"/> nativo de Hawaiano o de Polinesia</p> <p><input type="checkbox"/> negro o afroamericano</p>
	<p>ETNIA (circule una)</p> <p>hispano</p> <p>no hispano</p>	<p>PRIMERA NÚMERO DE TELÉFONO DEL CLIENTE</p> <p>() _____ - _____</p> <p>NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNO</p> <p>() _____ - _____</p> <p>NOMBRE DEL DOCTOR PRIVADO:</p> <p>_____</p>

Preguntas de Seleccion

1. ¿Esta enfermo EL CLIENTE hoy?	SÍ	NO
2. ¿ EL CLIENTE tiene alergias a medicamentos, alguna comida, látex o vacunas? Si es así, escriba una lista alreverso de esta forma.	SÍ	NO
3. ¿Ha tenido EL CLIENTE alguna REACCION SERIA a una vacuna en el pasado?	SÍ	NO
4. ¿Ha tenido EL CLIENTE historia de convulsiones, Guillian-Barré Síndrome? (un desorden nervioso que causa debilidad de los músculos) o un enfermedades neurológicas?	SÍ	NO
5. ¿Tiene EL CLIENTE cáncer, leucemia, AIDS, u otros problemas del sistema de inmunización?	SÍ	NO
6. ¿Ha recibido EL CLIENTE cortisona, predispone, esteroides, medicamento anti cáncer o ha tenido tratamientos radiactivos en los últimos 3 meses?	SÍ	NO
7. ¿Ha recibido EL CLIENTE sangre o productos de sangre en los últimos 11 meses? o ha recibido inmunológico globulina gamma en los últimos 3 meses?	SÍ	NO
8. ¿En caso de ser mujer: ¿Está El CLIENTE EMBARAZADA o planea quedar embarazada dentro del próximo meses?	SÍ	NO
9. ¿Ha recibido EL CLIENTE alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	SÍ	NO
10. ¿Ha tenido EL CLIENTE varicela? Si contesto que sí, escriba la Fecha aproximada _____	SÍ	NO
11. ¿Tiene EL CLIENTE una historia de intususcepción (telescoparse de intestino), cirugía abdominal, Falta de prosperar, diarrea frecuente o alguna otra enfermedad gastrointestinal (del estomago o intestino)?	SÍ	NO

VFC/ELIGIBILIDAD EXTENDIDA PARA EL PROGRAMA DE VACUNAS PARA ADULTOS

<input type="checkbox"/> Tiene MEDICAID de cobertura completa (No aplica si es de emergencia).	<input type="checkbox"/> Es Indio Americano o nativo de Alaska.	<input type="checkbox"/> cubierto por seguro médico PRIVADO que cubre todo o parte del costo de las vacunas.
<input type="checkbox"/> Tiene seguro medico que no cubre inmunizacion.	<input type="checkbox"/> No tiene seguro medico.	<input type="checkbox"/> Ha pasado la cuota anual que cubre el cuidado preventivo.

Me han dado una copia que he leído, o se me a explicado la información contenida en la información sobre la vacuna (VIS) acerca de la enfermedad(s) y la vacuna(s) que van a ser administradas hoy. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Autorizo al Departamento de Salud del Condado Lenawee para liberar a mi seguro médico información necesaria para la solicitud y pago de las prestaciones del seguro médico. Si mi compañía de seguros de salud deniega el pago, estoy de acuerdo en ser responsable del pago. Yo también entiendo que si mi compañía de seguros de salud efectua el pago de los servicios, sere responsable de cualquier co-pago, deducible o co-seguro que se aplica

Firma del cliente (si es mayor de 18 años) padre/madre/o guardián (si es menor de 18 años) _____ **Fecha** _____/_____/_____

Vaccine Grant # _____ Patient pay # _____ Write off # _____

ALLERGIES TO MEDICATIONS, FOOD, LATEX or any VACCINE?
(screening question 2)

Nursing notes:
