



Patient # _____

Encounter # _____

ADULT 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>_____ ~ _____ ~ _____ ~ _____ <small>Calle Ciudad Estado Codigo Postal</small></p> <p>_____ <small>Direccion de Correo Electronico</small></p> <p>_____ <small>Padre/Guardian – nombre imprento</small></p> <p>_____ <small>Direccion de Correo Electronico</small></p> <p><small>PRIMERA LENGUA (circule una):</small> INGLES <small>OTHER</small> _____</p>		<p><input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>_____ <small>(apellido de soltera)</small></p> <hr/> <p>ETNIA <small>(marque una respuesta con un círculo)</small></p> <p>hispano</p> <p>no hispano</p>	<p>RAZA <small>(circule una)</small></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> <hr/> <p>PRIMERA NÚMERO DE TELÉFONO DEL CLIENTE</p> <p>() _____ - _____</p> <p>NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNO</p> <p>() _____ - _____</p> <p><small>NOMBRE DEL DOCTOR PRIVADO:</small></p> <p>_____</p>
---	--	--	--

Screening Questions		
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.	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, SIDA o otros problemas con su 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 (gamma) globulina en los últimos 3 meses?	SÍ	NO
8. ¿En caso de ser mujer: ¿Está LA 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), cirugia abdominal, Falta de prosperar, diarrea frecuente o alguna otra enfermedad gastrointestinal (del estomago o intestino)?	SÍ	NO
12. ¿Tiene asma o fuma cigarrillos?	SÍ	NO

MI VRP		
<input type="checkbox"/> No tiene seguro médico.	<input type="checkbox"/> Tiene seguro médico que no cubre vacuna(s).	<input type="checkbox"/>

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:
