



**LENAWEE COUNTY
HEALTH DEPARTMENT**

Pediatric Immunizations
CLIENT FORMULARIO DE MATRÍCULA
Lenawee County Health Department
1040 S. Winter St. Suite 2328
Adrian MI 49221

Fecha: _____ Nombre: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Recordatorios de texto: Si No Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Age/Edad: _____ Masculino Femenino Transgénero Otro

Ingreso familiar anual aproximado: \$ _____ # de miembros del hogar _____

Raza: árabe asiático/a afroamericano chino filipino/a
 Hawaiano/a indio/nativo de Alaska japonés Multi-Racial
 Isleño del Pacífico Blanco/a Otro _____ desconocida

Ethnicity/Etnia: Hispano/Latino
 No es Hispano/Latino desconocida

Screening Questions

1.	¿Está enfermo el cliente hoy?	No	Si
2.	¿El cliente tiene alergias a medicamentos, alguna comida, látex o vacunas? Si tiene; escriba aquí:	No	Si
3.	Si la edad del niño está entre el nacimiento y los ocho meses, ¿alguna vez le han dicho que ha tenido una intususcepción?	No	Si
4.	¿Ha tenido el cliente alguna vez la enfermedad de la varicela? (fecha)	No	Si
5.	Solo clientes adultos: cuándo fue su última vacuna contra el tétanos (fecha)	No	Si
6.	¿Ha tenido el cliente un problema de salud con enfermedad pulmonar, cardíaca, renal o metabólica (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, o está en tratamiento con aspirina a largo plazo?	No	Si
7.	¿El cliente fuma?	No	Si
8.	¿Alguna vez el cliente ha tenido resultados positivos de una prueba cutánea de de la tuberculina o ha sido tratado por una infección de tuberculosis?	No	Si
9.	¿Ha tenido la cliente alguna REACCION SERIA a una vacuna en el pasado?	No	Si
10.	¿Ha tenido el cliente, un hermano/a, o uno de los padres una convulsión; o ha tenido el cliente problemas cerebrales u otros del sistema nervioso?	No	Si
11.	¿Tiene el cliente cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario?	No	Si
12.	En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el cliente medicamentos que afectan el sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cáncer, medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o tratamientos de radiación?	No	Si
13.	En el último año, ¿el cliente recibió una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o recibió inmunoglobulina o medicamento antivírico?	No	Si
14.	¿Está la cliente embarazada, amamantando, o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes?	No	Si
15.	¿Ha recibido el cliente alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	No	Si

FOR OFFICE USE ONLY

<input type="checkbox"/> No insurance/underinsured	<input type="checkbox"/> Merck Replacement	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> Private	<input type="checkbox"/> Self-Pay	<input type="checkbox"/> AVP	<input type="checkbox"/> VFC