



Departamento de Salud Público del Suroeste de Utah

*Toda la información es estrictamente confidencial
(por favor escriba en letra de molde)*

Fecha de hoy: _____

INFORMACION DEL CLIENTE:

Nombre: _____ Apellido de Soltera de la Madre _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección _____
Calle/Buzón Ciudad Estado Zona Postal

Teléfono: (____) _____ - _____ Ponga un círculo: Casa Celular Trabajo

Teléfono: (____) _____ - _____ Ponga un círculo: Casa Celular Trabajo

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Género: Hombre Mujer
 Mes Día Año

Raza: Blanco Negro Asiático Otro Nativo Indio Nativo Hawaiano/Isla del Pacífico
Hispano / Latino: Si No

INFORMACION DE LA FAMILIA (Si el cliente es menor de edad)

Nombre de la persona responsable de la casa: _____ Hombre Mujer
 Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección (si es diferente de arriba) _____
Calle/Buzón Ciudad Estado Zona Postal

Persona Responsable/Responsable de Pagar: El mismo Persona responsable de la casa, o

Organización/Persona a cobrar por los servicios de hoy: _____

Dirección _____
Calle/Buzón Ciudad Estado Zona Postal

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Medicaid: Si No Número de ID: _____

Medicare: Si No Número de ID: _____

Asegurancia Privada: Si No Aceptamos las siguientes aseguranzas: Aetna, DMBA, PEHP, SelectHealth,
Educators Mutual, Tall Tree, HSA, United Health (Hay algunas excepciones)

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Seguro Médico: _____ Número de ID: _____

Cubre su seguro el costo de vacunas? Si No No se

Si esta recibiendo vacunas por favor complete el otro lado de esta forma

Para uso del Departamento de Salud:

Gross Monthly Income \$ _____ # of Family Members _____

Poverty Level: <100, 101-200, >200 RN Initials _____

CONTINUAR ⇒

Cuestionario de Vacunas

Por favor Conteste el Siguiete Questionario	Si	No	No Se
1. Esta la persona enferma hoy?			
2. Tiene la persona alergias a alguna medicina, comida o componente de vacuna? Si descríbalos;			
3. Ha tenido la persona alguna reacción seria después de recibir una vacuna? Si contestó si descríbalos:			
4. Ha tenido la persona convulsiones o desorden neurológico o tenido el síndrome de Gullian-Barre?			
5. Tiene la persona una enfermedad seria o alguna condición que le debilita el sistema inmunológico asi como diabetes, cancer, leucemia, linfoma, VIH/SIDA, o ha tomado la persona cortisone, prednisone, o otros esteroides, o otros medicamentos para artritis reumatoides , o ha tenido tratamiento de radiacion en los últimos tres meses?			
6. La persona esta o estará en riesgo de infecciones transmitidas por la sangre como el VIH/SIDA o hepatitis B y C? Riesgos que incluyen: riesgo de ocupación, transfusiones de sangre, contacto sexual sin proteccion, uso o compartimiento de agujas no esterilizadas para inyección de drogas o medicamentos, tatuajes, acupuntura, inyecciones puestas en paises subdesarrollados.			
7. Durante el año pasado la persona a recibido una transfución de sangre o productos de sangre o se le ha dado un medicamento llamado globulin inmune (gamma)?			
8. Esta la persona embarazada o en riesgo de quedar embarazada en el próximo mes o amamantando actualmente?			
9. La persona fuma?			
10. Ha recibido la persona alguna vacuna en las últimas 4 semanas?			
11. Para todos: Ha tenido la persona la enfermedad de varicela? Para niños solamente: si contesto si , diga el mes _____ y año _____			

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO Y INFORMACION DE PRIVACIDAD

Yo certifico que la información que he dado es verdadera y correcta. Se me ha dado una copia y he leído, o se me a explicado, la información contenida en las Hojas De Información Sobre Vacunas. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas las caules han sido contestadas a mi satisfacción. Yo creo entender los beneficios y riesgos de la vacuna (s) y la petición de la vacuna indicada sea dada a la persona mencionada arriba por el cual yo estoy autorizada (o) para hacer este requisito. Yo estoy de acuerdo que esta información sea compartida con escuelas, centro de cuidado de niños, clínica de Doctores y otros cuando sea medicamento necesario. **POR ESTE MEDIO YO LIBERO AL DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA Y A SUS EMPLEADOS DE CUALQUIER RECLAMACION QUE SURGIEREN DE TALES VACUNAS.**

Debemos informarle de las prácticas de privacidad por la información que hemos recibido y mantendremos de usted. Se me ha dado una copia de información de las prácticas de privacidad y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de como esta información puede ser usada.

Firma: _____

Fecha de hoy: ____/____/____
Mes Día Año

Relación con el cliente: Sí mismo Padre Madre Tutor legal Otro