



# Departamento de Salud Público del Suroeste de Utah

Toda la información es estrictamente confidencial

(por favor escribe en letra de molde)

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Apellido del Paciente		Primer Nombre		Fecha de Nacimiento (mes/día/año)		Edad
Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Nativo <input type="checkbox"/> Isleño del pacífico		Etnia <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano		Idioma		Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección				Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		Mejor manera de contacto <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> E-mail		Correo electrónico		
Seguro Médico Primario			Número de ID		Nombre del Suscriptor (nombre en la tarjeta)	
Fecha de Nacimiento del Suscriptor (mes/día/año)			Relación al Paciente		Dirección del Suscriptor	
<p>Yo certifico que la información que he dado es verdadera y correcta. Se me ha dado una copia y he leído, o se me ha explicado, la información contenida en las Hojas De Información Sobre Vacunas. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales 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 la 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 médicamente necesario. POR ESTE MEDIO YO LIBERO AL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA Y A SUS EMPLEADOS DE CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SUGIEREN DE TALES VACUNAS.</p> <p>ENTIENDO QUE LA FACTURACIÓN DEL SEGURO MÉDICO NO GARANTIZA EL PAGO Y QUE YO SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER SALDO SIN PAGO.</p> <p>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 cómo esta información puede ser usada.</p>						
Nombre completo: _____ Firma: _____ Fecha de hoy: _____ Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Sí mismo (debe tener 18 años o más) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Otro						

Cuestionario de Vacunas		Si	No
El individuo está enfermo hoy?			
El individuo tiene alergias a algún medicamento, comida, o componente de vacuna?			
Ha tenido alguna vez el individuo una reacción grave después de recibir una vacuna?			
Ha tenido alguna vez el individuo el Síndrome de Guillain-Barré, epilepsia u otro desorden neurológico?			
El individuo tiene una condición o está bajo tratamiento que causa un sistema inmunitario debilitado? Por ejemplo, diabetes, cáncer, leucemia, linfoma, VIH/SIDA, o toma corticosteroides o otros tratamientos			
El individuo está o estará en riesgo de infecciones transmitidas por la sangre como VIH/SIDA, o hepatitis B y C?			
El individuo ha recibido una transfusión de sangre o producto de sangre o se le ha dado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma)?			
El individuo ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?			
El individuo fuma?			
Para todos: Ha tenido la enfermedad de varicela?    Para niños solamente: Diga el mes _____ y año _____			
Para mujeres: está embarazada o está en riesgo de quedar embarazada en el próximo mes o está amamantando actualmente?			
Cuestionario Adicional de Vacuna de COVID		Si	No
Ha recibido el individuo una dosis de vacuna de COVID-19? Si contestó sí, cual marca?			
El individuo ha tenido desorden de sangre, miocarditis/pericarditis, trombocitopenia inducida por heparina, o síndrome inflamatorio multisistémico?			

Cuestionario Solo Para Prueba de Tuberculosis		Si	No
El individuo ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?			
El individuo ha recibido la vacuna BCG contra la tuberculosis?			
Alguna vez se le ha diagnosticado al individuo tuberculosis latente o activa?			
Alguna vez el individuo ha recibido tratamiento para tuberculosis?			
Fecha de la última prueba de tuberculosis: _____ Resultado: _____			

**For Health Department Use ONLY**

PPD Placed Date \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ JHP Aplisol 5 TU/0.1ml Lot # \_\_\_\_\_ Site: LFA RFA Nurse: \_\_\_\_\_  
 PPD Read Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ mm Results: \_\_\_\_\_ Results read by: \_\_\_\_\_  
 TB Screening Questionnaire Nurse: \_\_\_\_\_  QFT Referral Nurse: \_\_\_\_\_ Referred to: \_\_\_\_\_

District Vaccine	
Vaccine	Vaccine
Adacel 10-64 yrs	Peds Hep A 12mo-18yrs
Adult Hep A 19 yrs+	Peds Hep B 0 - 19 yrs
Adult Hep B 20 yrs+	Pentacel 2 mo - 4 yrs
Bexsero 10-25 yrs	Pneumovax 23 2 yrs+
Boostrix 10 yrs +	PF Flu 6 mo & up
DTaP 2 mo - 6 yrs	Prevnar13 6 wks+
FluBlok 50 yrs+	Prevnar20 18 yrs+
Fluzone MD 6 mo+	Quadracel 4- 6 yrs
Heplisav-B 18 yrs+	Rabies
HIB 2 mo - 4 yrs	Rotarix 6 wks - 7 mo
HD Flu 65 yrs+	Rotavirus 6 wks-7 mo
IPV (Polio) 6 wks+	Shingrix 50 yrs+
Kinrix 4 - 6 yrs	TD 7 yrs & up
MenQuadfi 2 yrs+	Twinrix 18 yrs+
MMR (Live) 12 mo+	Varicella (Live) 12 mo+
Pediarix 2 mo-6 yrs	

VFC Vaccine	
Vaccine	Vaccine
Adacel 10-64 yrs	Peds Hep A 12mo-18yrs
Bexsero 10-25 yrs	Peds Hep B 0 - 19 yrs
Boostrix 10 yrs +	Pentacel 2 mo - 4 yrs
DTaP 2 mo - 6 yrs	Prevnar13 6 wks+
Fluzone MD 6 mo+	Quadracel 4- 6 yrs
HIB 2 mo - 4 yrs	Rotarix 6 wks - 7 mo
IPV (Polio) 6 wks+	Rotavirus 6 wks-7 mo
Kinrix 4 - 6 yrs	TD 7 yrs & up
MenQuadfi 2 yrs+	Varicella (Live) 12 mo+
MMR (Live) 12 mo+	Vaxelis 6wks-4yrs
Pediarix 2 mo-6 yrs	

Special Projects Vaccine	
Vaccine	Vaccine
Adacel 10-64 yrs	Heplisav-B 18 yrs+
Adult Hep A 19 yrs+	

Medicare Procedures	
Vaccine	Vaccine
Adult Hep B	HD Flu 65+
Flu Reg	Pneumovax 23
FluBlok	Prevnar 13
Heplisav-B	Prevnar 20

Travel Vaccines	
Vaccine	Vaccine
Japanese Enc 2mo+	Typhoid Vi 2yrs+
Typhoid Oral 6yrs+	Yellow Fever 9mo-60yrs
Consult	<input type="checkbox"/> Missionary <input type="checkbox"/> Travel x 1 Person
	<input type="checkbox"/> Travel Group of 2 <input type="checkbox"/> Travel Group of 3 <input type="checkbox"/> Travel Group 4-8

COVID Primary Series Vaccine
Moderna 12yrs+
Moderna 6-11yrs
Moderna 6mo-5yrs

COVID Bivalent Vaccine
Moderna Bivalent 6yrs+
Moderna Bivalent 6mo-5yrs

Vaccine	Lot #	Dose	Category	Site	Payment Information
					<input type="checkbox"/> Cash _____ <input type="checkbox"/> Card _____
					<input type="checkbox"/> Check # _____ <input type="checkbox"/> Voucher
					Notes:
					RN:

<b>For Health Department Use ONLY:</b>	Gross Monthly Income: _____ # of Family Members: _____
	PFR: _____ RN: _____