



Departamento de Salud Pública del Suroeste de Utah

Toda la información es estrictamente confidencial

(por favor escribe en letra de molde)

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	

Firme aquí ↓	<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>					
	<p>X Firma : _____ Nombre completo: _____ Fecha de hoy: _____</p> <p>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</p>					

Cuestionario de Vacunas		Sí	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 el individuo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? ¿Epilepsia u otros problemas del sistema nervioso, o antecedentes familiares con convulsiones ?			
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 tiene una condición o está en tratamiento que causa un sistema inmunológico debilitado? Ex. ¿Diabetes, cáncer, leucemia, linfoma, VIH/SIDA o terapias, corticosteroides en dosis altas u otros, o tiene antecedentes familiares con problemas congénitos del sistema inmunológico ?			
¿Ha recibido el individuo una transfusión de sangre, productos sanguíneos o medicamentos llamados inmunoglobulina (gamma), o está tomando aspirina o tiene una condición que le provoca hematomas o sangrado con facilidad ?			
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		Sí	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?			
El individuo ha recibido terapia con células TCMH o CAR-T desde que recibió la vacuna contra el COVID?			

Cuestionario de detección de la prueba de tuberculosis (TB)		Sí	No
¿Se ha realizado la persona una prueba cutánea de tuberculosis anteriormente? Si es así, fecha de la última prueba _____ y resultados _____			
¿Se ha realizado alguna vez el individuo un análisis de sangre QuantiFERON (QFT) para detectar la enfermedad de tuberculosis? Si es así, ¿cuáles fueron los resultados _____			
Alguna vez se le ha diagnosticado al individuo tuberculosis latente o activa?			
Alguna vez el individuo ha recibido tratamiento para tuberculosis?			
El individuo ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?			
El individuo ha recibido la vacuna BCG contra la tuberculosis?			

For Health Department Use ONLY

Patient ID _____

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	Prevnar 13 6 wks+
FluBlok 50 yrs+	Prevnar 20 6 wks+
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+	RSV - Arexvy / Abrysvo 60 yrs+
MenQuadfi 2 yrs+	Shingrix 50 yrs+
MMR (Live) 12 mo+	TicoVac 12 mo+
Moderna 6m-11y	TD 7 yrs & up
Moderna 12 yrs+	Twinrix 18 yrs+
Pediarix 2 mo-6 yrs	Varicella (Live) 12 mo+

VFC Vaccine (through age 18y)	
Vaccine	Vaccine
Adacel 10-64 yrs	Pediarix 2 mo-6 yrs
Bexsero 10-25 yrs	Peds Hep A 12mo-18yrs
Beyfortus ≤ 2 yrs	Peds Hep B 0 - 19 yrs
Boostrix 10 yrs +	Pentacel 2 mo - 4 yrs
DTaP 2 mo - 6 yrs	PCV 13 / 15 / 20 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
MenQuadfi 2 yrs+	TicoVac 12 mo+
MMR (Live) 12 mo+	TD 7 yrs & up
MMRV (Live) 12 mo+	Varicella (Live) 12 mo+
Moderna 6m-11y	Vaxelis 6wks-4yrs
Moderna 12 yrs+	

Special Projects Vaccine (19+)	
Vaccine	Vaccine
Adacel 10-64 yrs	Heplisav-B 18 yrs+
Adult Hep A 19 yrs+	Moderna 12 yrs+

Medicare Procedures	
Vaccine	Vaccine
Adult Hep B	Pneumovax 23
Flu Reg	Prevnar 13
FluBlok	Prevnar 20
Heplisav-B	Moderna 12 yrs+
HD Flu 65+	RSV - Arexvy / Abrysvo 60

Travel Vaccines	
Vaccine	Vaccine
Japanese Enc 2mo+	Typhoid Vi 2yrs+
Typhoid Oral 6yrs+	Yellow Fever 9mo-60yrs

Labs & Screenings	
A1C	Blood Glucose
Body Mass Index (BMI)	Blood Pressure
Lipid Panel	Pre-diabetes Screening

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:

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