



Departamento de Salud Pública del Suroeste de Utah

Toda la información es estrictamente confidencial: Por favor responda a todas las preguntas

(Por favor imprimir)

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		Contacto de Emergencia (nombre y número de teléfono)		Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección		Unit/Apt	Ciudad		Estado	Código Postal
Teléfono		Mejor manera de contacto <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico		Correo electrónico: Comuníquese conmigo sobre los próximos eventos y servicios suscríbese <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
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 ↓	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.					
	ENTIENDO QUE LA FACTURACIÓN DEL SEGURO MÉDICO NO GARANTIZA EL PAGO Y QUE YO SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER SALDO SIN PAGO.					
	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.					
X Firma _____		Nombre completo: _____		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	Sí	No	No sé
1. ¿El individuo está enfermo hoy?			
2. ¿Tiene el individuo alergias a medicamentos, alimentos, algún componente de la vacuna o al látex? Describir _____			
3. ¿Ha tenido el individuo una reacción grave a una vacuna en el pasado? Describir _____			
4. ¿Tiene el individuo un problema de salud a largo plazo con corazón, pulmón (incluido asma), riñón, hígado, sistema nervioso o enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), un trastorno sanguíneo, no tiene bazo, un implante coclear, ¿O una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Están tomando aspirina con regularidad o medicamentos parecidos a aspirina?			
5. Para niños de 2 a 4 años: ¿Le ha dicho un proveedor de atención médica que el niño ha tenido dificultad con respiración o asma en los últimos 12 meses?			
6. Para bebés: ¿Alguna vez le han dicho que el niño tuvo intususcepción?			
7. ¿El individuo, un hermano o uno de los padres ha tenido una convulsión? ¿Ha tenido el individuo algún problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?			
8. ¿Alguna vez le han diagnosticado al individuo una afección cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C) después de una infección con el virus que causa el COVID-19?			
9. ¿Tiene el individuo algún problema del sistema inmunológico como cáncer, leucemia, VIH/SIDA?			
10. En los últimos 6 meses, ¿la persona ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer? medicamentos para tratar la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o recibió tratamientos de radiación?			
11. ¿Tiene el padre o hermano del individuo un problema del sistema inmunológico?			
12. Durante el año pasado, ¿la persona recibió inmunoglobulina (gamma), sangre/productos sanguíneos o un medicamento antiviral?			
13. ¿Está la persona embarazada?			
14. ¿El individuo ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas? Describir _____			
15. ¿Alguna vez el individuo se ha sentido mareado o desmayado antes, durante o después de una inyección?			
16. ¿Está la persona ansiosa por recibir una vacuna hoy?			

Tuberculosis (TB) Test Screening Questionnaire	Sí	No	No sé
¿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? (no administrado en los Estados Unidos)			

For Health Department Use ONLY

Patient Name _____

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	PF Flu 6 mo & up
Boostrix 10 yrs +	Prevnar 13 6 wks+
DTaP 2 mo - 6 yrs	Prevnar 20 6 wks+
FluBlok 50 yrs+	Quadracel 4- 6 yrs
Fluzone MD 6 mo+	Rabies
Heplisav-B 18 yrs+	Rotarix 6 wks - 7 mo
HIB 2 mo - 4 yrs	Rotavirus 6 wks-7 mo
HD Flu 65 yrs+	RSV - Arexvy / Abrysvo 60 yrs+
IPV (Polio) 6 wks+	Shingrix 50 yrs+
MenQuadfi 2 yrs+	TicoVac 12 mo+
MMR (Live) 12 mo+	TD 7 yrs & up
Moderna 6m-11y	Twinrix 18 yrs+
Moderna 12 yrs+	Varicella (Live) 12 mo+
Pediarix 2 mo-6 yrs	

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	Prevnar 13
Flu Reg	Prevnar 20
FluBlok	Moderna 12 yrs+
Heplisav-B	RSV - Arexvy / Abrysvo 60 yrs+
HD Flu 65+	

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: _____