

**Escoja la vacuna que se debe dar a su niño llamado debajo.**

**Tdap**

**HPV**

**Meningitis**

**INFORMACION DEL CLIENTE:** Apellido legal: \_\_\_\_\_ Nombre legal: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social#: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_  
 Telefono: H (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Escuela: \_\_\_\_\_

**Sexo:** € Masculino € Femenino **Estado Femenino:** € Soltero € Casado

**Raza:** € Caucásico € Asiático € Negro € Am. Indio Nativo de Hawaii/Islas Pacificas € Otro

**Etnicidad:** € Hispanico € No-Hispanico

**INFORMACION DEL APDRE/GUARDIAN ( si el cliente es monor de 18 años):**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_  
 Telefono: H (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Seguro Social# \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**El pago o los arreglos deben ser hechos antes la vacunación será dada. ¿Cómo va ha pagar ?**

**Si no está presentando un seguro, por favor contactenos al 316-283-1637 para discutir el pago de acuerdo a las vacunas elegidas .**

€ Yo voy ha pagar hoy la tarifa complete. Cheque o Efectivo. Haga el cheque al nombre de Harvey Co. Health Dept..

€ Deseo aplicar al precio reducido. El ingreso bruto de mi Familia es \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_. (Por favor use en ingreso bruto de su Forma del IRS 104 si usted hizo sus taxes) Numero de Personas en su familia: \_\_\_\_\_.

Mande la cuenta a mi Seguro Privado. Tarjeta de Seguro//información debe ser presentada al tiempo de servicio.

Nombre del titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimeto de esa persona: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ ID del Seguro: \_\_\_\_\_

€ Mande la cuenta a KanCare /oMedicaid. Tarjeta de Seguro//información debe ser presentada al tiempo de servicio.

Nombre del niño como esta en la tarjeta: \_\_\_\_\_ Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Numero de ID del Seguro: \_\_\_\_\_

**Lea y marque cada casilla que corresponda antes de firmar.**

€ Doy mi consentimiento para que la persona nombrada arriba reciba las vacunas solicitadas.

€ Yo autorizo que las vacunas para la persona nombrada arriba se envien a su escuela a pedido

€ Yo socito que se presente una copia de la (s) Declaración (es) de Información de vacunación al momento del sevicio.

€ Yo solicito una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud que se presentará al momento del servicios.

€ Yo colicito elpago de los beneficios del seguro al Departamento de Salud del Condado de Harvey.

€ Yo autorizo el lanzamineto de solo la información médica o de facturación necesaria para procesar reclamaciones para proveedores de seguros, incluidos Medicare o Medicaid.

€ Acepto ser totalmente responsable por cualquier servicio de copago, deducible o no cubierto..

\_\_\_\_\_  
 Firma de la Persona Responsable o Cliente

\_\_\_\_\_  
 Relacion del Cliente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**Para que el cliente reciba cualquier vacuna, todas las preguntas en esta parte deben se respondida.**

**Para que el cliente reciba cualquier vacuna, toda esta preguntas debe ser respondida.**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿El cliente tiene alguna alergia?   | SI | NO |
| 2. Si es si , por favor liste las: _____   |    |    |
| 3. ¿ La persona a vacunar ha recibido alguna vacuna antes?   | SI | NO |
| 4. ¿ Ha recibido el cliente alguna vacuna dentro de los 30 dias anterior de hoy?   | SI | NO |
| 5. ¿Alguna vez ei cliente recibió una vacuna contra la influenza (gripe)?  | SI | NO |
| 6. ¿Alguna vez el cliente ha tenido una reaction a vacuna de la gripe?   | SI | NO |
| 7. ¿Alguna vez el cliente tuvo el síndrome de Guillain-Barre (una forma de parálisis)?   | SI | NO |
| 8. ¿El cliente tiene asma, sibilancias recurrentes o sibilancias activas?  | SI | NO |
| 9. ¿La persona a vacunar está enferma o tiene fiebre alta?   | SI | NO |
| 10. El cliente tiene cualquiera de los siguientes::  |    |    |
| a. ¿Enfermedad del riñon?  | SI | NO |
| b. ¿Enfermeda del corazón?   | SI | NO |
| c. ¿Enfermedad de la Sangre?   | SI | NO |
| d. ¿ Enfermedades metabólicas (por ejemplo diabetes)   | SI | NO |
| e. ¿Alguna enfermedad que disminuya la resistencia del cuerpo a las infecciones?   | SI | NO |
| 11. El cliente está tomando esteroides, medicamentos para el artritis, quimoterapia o recientemente completo un curso de esteroides ?  | SI | NO |
| 12. ¿Ha tenido la persona a vacunar convulsiones, y otras problema neurológico?  | SI | NO |
| 13. ¿El cliente tendrá contacto cercano con alguien que tenga un debilitado Sistema immune y require cuidado en un ambiente protector? | SI | NO |
| 14. ¿ Está embarazada, amamantando o está pensando en quedarse embarazada?   | SI | NO |

**FOR CLINIC USE ONLY**

VACCINE	EXT	SITE	ROUTE	VIS DATE	DOSE	MANUFACTURER, LOT #, EXP DATE
<b>Tdap</b>	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	02/24/15		
<b>HPV</b>	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	12/02/16		
<b>MCV4</b>	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	08/24/18		

Signature and Title of Vaccine Administrator

Date