

Primer Nombre:	Apellido:	Sexo:	Edad:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal
Teléfono:	Correo Electronico:	Fecha de Nacimiento	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		Mes	día
			AÑO
Raza :	Etnicidad: (elije uno) Hispano/Latino	No Hispano/Latino	Idioma Preferida :

NO HAY ASEGURANCIA - por favor complete	¿CUANOTOS EN EL HOGAR? :	¿INGRESO DEL HOGAR? :	¿por semana/ mes /año?
---	--------------------------	-----------------------	------------------------

POR FAVOR CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS	Sí	No
¿Está enferma hoy?		
¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?		
¿Tuvo alguna vez una reacción seria después de vacunarse?		
¿Tiene algún problema de salud a largo plazo, como enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, enfermedad		
¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?		
¿En los últimos 3 meses ha tomado medicamentos que afecta su sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha tenido tratamientos de radiación?		
¿Tuvo alguna vez convulsiones o problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso? (Guillain Barre Syndrome)		
Durante el año pasado, ¿le hicieron una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o un medicamento antiviral?		
¿Le aplicaron alguna vacuna en las últimas 4 semanas?		
Para las mujeres: ¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de que serás embarazada en el próximo mes?		
¿Está planeando regresar al Distrito General de Salud de Delaware para futuras vacunas?		
¿Ha visitado su primer doctor de atención entre el último año?		
Nombre de Primer Doctor: _____ Dirección: _____		
<input type="checkbox"/> No tengo médico de atención primaria.		

El Distrito de Delaware General de Salud puede mantener este registro en el expediente médico de mi. DGHD registrará cual vacuna fue dada, la fecha en que la vacuna fue dado, el nombre de la compañía que fabricó la vacuna, el número de lote de la vacuna, la firma y título de la persona que dio la vacuna, la dirección donde se aplicó la vacuna. Entiendo que esta información será publicado en el Registro de Vacunación del Estado con el propósito de seguir curso de hacer volver vacunas y registro, a menos que lo solicite lo contrario. He leído o se me ha explicado la información sobre la vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y pido que la vacuna sea administrada a la persona nombrada por quien estoy autorizado para hacer esta solicitud. Mi información médica no será compartida sin una autorización para divulgar información. Se proporcionará una copia de los distritos de salud Aviso de prácticas de privacidad (HIPAA) y también se encuentra en nuestro sitio web delawarehealth.org. Autorizo mi compañía de seguros para asignar la cantidad a pagar directamente a DGHD. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que no están cubiertos por mi plan de seguro privado. Reconozco que cualquier co-pago se debe pagar el día que recibo los servicios.

Firma del Paciente: _____	Fecha: _____
---------------------------	--------------

<input type="checkbox"/> Primary Insurance Card Scanned	<input type="checkbox"/> Secondary Insurance Card Scanned (If Applicable)	SKIP Below if insurance cards have been scanned
Seguro de Salud	Número de identificación	# del Grupo
Dirección de Seguro	No.de Seguro Social	
Información de Asegurado: Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación al Asegurado
Dirección(si es diferente del paciente)		

VACCINE	DOSE #	LOT #	SITE	RN SIGNATURE	DATE
DTAP - IM 90700			LVL RV LD RD		
HPV GARDASIL 9 - IM 90651			LD RD		
HEP A -- IM 90632			LVL RV LD RD		
HEP B - IM 90746			LVL RV LD RD		
IPV (Polio) - SQ / IM 90713			LVL RVL LA RA SQ IM		
MENINGOCOCCAL - IM 90734			LD RD		
MENINGOCOCCAL B - IM Trumemba 90621 Bexsero 90620			LD RD		
MMR - SQ 90707			LVL RV LD RD		
PNEUMOCOCCAL 23 IM 90732			LD RD		
PREVNAR-13 - IM 90670			LVL RV LD RD		
RABIES - IM 90675			LD RD		
SHINGLES - IM 90750			LD RD		
TDAP- IM 90715			LD RD		
TD - IM 90714			LD RD		
VARICELLA - SQ 90716			LVL RV LD RD		
High Dose Flu 90662			LVL RV LD RD		
Flu Pres. Free - IM 90686			LVL RV LD RD		
Flu Mist 90672			Nasal		
FluBlok - IM 90682			LVL RV LD RD		
JE -VC - IM Japanese Encephalitis 90710			LD RD		
Typhoid - IM 90710			LD RD		

Administrative Assistant	
DELAWARE	SUNBURY
Time IN	
NN Number	
Insurance Verified or % on Sliding Fee	
Primary Pay Source	
STATE	PRIVATE
NN Completed	
Impact Completed	

NURSE - Initials	
Time completed	
NN Completed	
Impact Completed	

ACTIVE	INACTIVE
---------------	-----------------

Diluent
Notes