

Primer Nombre: _____ **Apellido:** _____ **Sexo:** _____ **Edad:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____ **Correo Electronico:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

_____ Mes _____ día _____ AÑO

Raza : _____ **Etnicidad: (elige 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
¿El niño/niña está enferma hoy?			
¿El niño/niña ha tenido algún problema de salud como enfermedad pulmonar, cardíaca, renal o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre?			
¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?			
¿El niño/niño es alérgico a algún medicamento, alimento, componente de vacunas o al látex?			
Si el niño/niño que va ser vacunado tiene entre 2 y 4 años de edad ¿le dijo algún proveedor de atención médica que el niño/la niña tuvo sibilancias o asma en los últimos 12 meses?			
Si el niño/niña es un bebé ¿le han dicho alguna vez que tuvo invaginación? (una condición intestinal grave)			
¿El niño/niña o uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; el niño/niña ha tenido problemas cerebrales o algún otro problema del sistema nervioso?			
¿Ha tenido el niño/la niña una reacción grave a alguna vacuna en el pasado?			
¿El niño/niña o miembro de su familia tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?			
¿En los últimos 3 meses, el niño/la niña ha tomado medicamentos que afecten el sistema inmunitario como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o tuvo tratamientos de radiación?			
Durante el año pasado, ¿el niño/la niña recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o se le administró inmunoglobulina o gammaglobulina o algún medicamento antiviral?			
Para mujeres adolescentes: ¿está embarazada su hija?			
¿Se le a dado alguna vacuna al niño/niña en las últimas 4 semanas?			
¿Está planeando regresar con su hija/hijo al Distrito General de Salud de Delaware para futuras vacunas?			
¿Ha visitado su hija/hijo a su primer doctor de atención entre el último año?			

Nombre de primer doctor : _____ **dirección:** _____

Mi hija/hijo no tiene médico de atención primaria.

El Distrito de Delaware General de Salud puede mantener este registro en el expediente médico de mi niño/niña. 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 se recibo los servicios.**

Padre/Madre/Guardián: _____ **Relación al Paciente:** _____

Firma del Padre/Madre/Guardian: _____ **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 90633			LVL RV LD RD		
HEP B - IM 90744			LVL RV LD RD		
HIB - IM 90648			LVL RV LD RD		
IPV (Polio) - SQ / IM 90713			LVL RVL LA RA SQ IM		
DTAP—POLIO - IM 90696			LD RD		
MENINGOCOCCAL - IM 90734			LD RD		
MENINGOCOCCAL B - IM Trumemba 90621 Bexsero 90620			LD RD		
MMR - SQ 90707			LVL RV LD RD		
MMRV - SQ 90710			LVL RV LD RD		
DTAP—IPV-HIB - IM PENTACEL 90698			LVL RV LD RD		
DTAP—HBV—IPV - IM PEDIARIX 90723			LVL RV LD RD		
PREVNAR-13 - IM 90670			LVL RV LD RD		
RABIES - IM 90675			LD RD		
Rotavirus ROTA-X 90681			PO		
TDAP- IM 90715			LD RD		
TD - IM 90714			LD RD		
VARICELLA - SQ 90716			LVL RV LD RD		
6-35 mth Flu - IM 90685			LVL RV LD RD		
Flu Pres. Free - IM 90686			LVL RV LD RD		
Flu Mist 90672			Nasal		
FluBlok - IM 90682			LVL RV LD RD		
TOOTH VARNISH D1208			EXP. DATE		
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	
VFC	PRIVATE
NN Completed	
Impact Completed	

NURSE - Initials	
Time completed	
NN Completed	
Impact Completed	

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

Diluent
Notes