

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____ Apellido: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Raza: _____ Idioma preferido: _____ Sexo [] Masculino [] Femenino **¿Hispano/latino?** [] Sí [] No

Por favor responda las siguientes preguntas:	Sí	No	No estoy seguro
1. ¿Estás enfermo hoy?			
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, componentes de las vacunas o al látex?			
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna?			
4. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas de salud a largo plazo: enfermedad cardíaca, pulmonar, renal o metabólica (por ejemplo, diabetes), asma, un trastorno sanguíneo, ausencia de bazo, implante coclear o pérdida de líquido cefalorraquídeo? ¿Está recibiendo tratamiento a largo plazo con aspirina?			
5. ¿Tiene usted cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico?			
6. ¿Tiene usted un padre, hermano o hermana con un problema del sistema inmunológico?			
7. En los últimos 6 meses, ¿ha tomado medicamentos que afecten 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 recibido tratamientos de radiación?			
8. ¿Ha tenido alguna convulsión o algún problema cerebral o del sistema nervioso?			
9. ¿Alguna vez le han diagnosticado una afección cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-A o MIS-C) después de una infección con el virus que causa COVID-19?			
10. Durante el último año, ¿ha recibido inmunoglobulina (gamma), sangre/productos sanguíneos o un medicamento antiviral?			
11. ¿Estás embarazada?			
12. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?			
13. ¿Alguna vez se ha sentido mareado o débil antes, durante o después de una inyección?			
14. ¿Estás ansioso por recibir una inyección hoy?			
Preguntas 15 a 21 SOLO para pruebas de tuberculosis:	Sí	No	No estoy seguro
15. ¿Alguna vez le han hecho una prueba cutánea de tuberculosis?			
16. ¿Alguna vez ha tenido una prueba cutánea de tuberculosis positiva?			
17. ¿Alguna vez le han diagnosticado tuberculosis?			
18. ¿Alguna vez le han dicho que no se haga una prueba cutánea de tuberculosis?			
19. ¿Le han pedido que se haga una prueba porque a alguien que usted conoce le han diagnosticado tuberculosis?			
20. ¿Ha recibido usted la vacuna BCG anteriormente?			
21. ¿Es necesario hacerse una prueba cutánea de tuberculosis en dos pasos? (Se realizan dos pruebas en un período de 1 a 3 semanas; algunos trabajadores de la salud la necesitan)			

¿Es usted el suscriptor/titular de la póliza de seguro? [] Sí [] No *Si la respuesta es no, complete la información del suscriptor a continuación*

Nombre y apellido del suscriptor del seguro: _____ Sexo [] Masculino [] Femenino
 Fecha de nacimiento del suscriptor del seguro: _____ Relación con el paciente: _____
 Dirección (si es diferente a la del paciente): _____

Si no tiene seguro, por favor responda lo siguiente:

Tamaño del hogar: _____ Ingresos del hogar: _____ Frecuencia de los ingresos: [] por semana [] por mes [] por año

Delaware Public Health District puede conservar este registro en el expediente médico del paciente. El DPHD registrará qué vacuna o servicio se administró, la fecha en que se administró la vacuna o el servicio, el nombre de la empresa que fabricó la vacuna, el número de lote de la vacuna, la firma y el cargo de la persona que administró la vacuna, y la dirección donde se administró la vacuna y cualquier evaluación o servicio brindado con la fecha y la persona que brindó el servicio. Entiendo que esta información se divulgará a un Registro de inmunización estatal con el propósito de rastrear, recordar y registrar las vacunas, a menos que solicite lo contrario. Entiendo que esta información se divulgará y se recibirá de un centro de interoperabilidad de proveedores de atención médica (por ejemplo, carequality/commonwell) con el propósito de compartir y brindar atención al paciente, a menos que solicite lo contrario. Entiendo que la información sobre citas, cancelaciones y recordatorios me llegará por correo electrónico, llamada telefónica o mensaje de texto, a menos que solicite lo contrario. Entiendo que estos permisos serán válidos hasta que se revoquen. Para tuberculosis: la clínica conservará este formulario durante siete años si el resultado es negativo y de forma permanente si el resultado es positivo. Incluirá información sobre cuándo se realizó la prueba de tuberculosis, el número de lote de PPD, el resultado y el nombre y la dirección del lugar donde se realizó la prueba.

He leído o me han explicado la hoja de información sobre la vacuna, la prueba de tuberculosis o el servicio que se va a recibir hoy. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me las han respondido satisfactoriamente. Creo que comprendo los beneficios y los riesgos de la vacuna o el servicio y solicito que la vacuna o el servicio se administren a la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Excepto como se describe anteriormente y en el aviso de prácticas de privacidad, mi información médica no se compartirá sin una autorización para divulgar información. He recibido el Aviso de prácticas de privacidad (HIPAA) del Distrito de Salud y también se encuentra en nuestro sitio web en delawarehealth.org. Autorizo a mi compañía de seguros a asignar el monto pagadero directamente al DPHD. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que no estén cubiertos por mi plan de seguro o servicio electivo. Reconozco que cualquier copago vence y se debe pagar en la fecha en que se reciben los servicios.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

VACCINE		CPT	Route	Dose #	Lot #			SITE			
Chikungunya-IXCHIQ		90589	IM					LD	RD	LVL	RVL
Cholera- Vaxchora		90625	PO					Mouth			
COVID-19 –Moderna Monov 12+		91322	IM					LD	RD	LVL	RVL
Flu Pres. Free – Fluzone 6m+ PFS Fluarix		90686	IM					LD	RD	LVL	RVL
Flu (ccIIIV4)- Flucelvax 6mo PFS		90674	IM					LD	RD	LVL	RVL
High Dose Flu – Fluzone High Dose-PRV		90662	IM					LD	RD		
FluMist		90672	Nasal					Nasal			
HepA- Adult 1.0ml– Vaqta Adult		90632	IM					LD	RD	LVL	RVL
HepB- Adult 1.0ml (3 dose_ Engerix-B Adult PFS Recombivax HB Adult PFS		90746	IM					LD	RD	LVL	RVL
HepB 2 dose - Heplisav B		90739	IM					LD	RD	LVL	RVL
HIB - ActHIB		90648	IM					LD	RD	LVL	RVL
HPV - GARDASIL 9		90651	IM					LD	RD	LVL	RVL
IPV - IPOL		90713	SQ / IM					LD	RD	LVL	RVL
								LA	RA	LT	RT
JE –VC (IXIARO) – Japanese Encephalitis		90738	IM					LD	RD	LVL	RVL
MENINGOCOCCAL ACWY - MenQuadfi		90619	IM					LD	RD	LVL	RVL
MENINGOCOCCAL B - Bexsero		90620	IM					LD	RD	LVL	RVL
MMR- MMRII		90707	SQ					LA	RA	LT	RT
PREVNAR 20		90677	IM					LD	RD	LVL	RVL
PNEUMOCOCCAL CONJ 15- Vaxneuvance		90671	IM					LD	RD	LVL	RVL
PNEUMO 23 – Pneumovax23		90732	SQ / IM					LD	RD	LVL	RVL
								LA	RA		
RABIES - Imovax		90675	IM					LD	RD	LVL	RVL
RSV- Adult - Arexvy		90679	IM					LD	RD		
SHINGLES – Shingrix		90750	IM					LD	RD		
TDAP- Adacel		90715	IM					LD	RD		
Typhoid – Typhim Vi		90691	IM					LD	RD	LVL	RVL
VARICELLA - Varivax		90716	SQ					LA	RA		
Yellow Fever		90717	SQ					LA	RA	LT	RT
TB Step 1	Placed:	RN:	Read:	RN:	Assess: mm	Result: + / -	Lot #:	LFA	RFA		
TB Step 2	Placed:	RN:	Read:	RN:	Assess: mm	Result: + / -	Lot #:	LFA	RFA		

Vaccine Administrator Signature: _____ **Date:** _____

Admin

Delaware [] Other location: _____ State [] Private [] Insurance Verified or % on Sliding Fee: _____

Primary Pay Source: _____ Member ID: _____

Secondary Pay Source: _____ Member ID: _____

eCW Chart created: _____ Scanned into eCW: _____

For TB-

Paid for Step 1 (initial) _____

Paid for Step 2 (initial) _____

For TB-
Bill to employer: LF invoice made: _____ Date: _____ LF invoice paid: _____ Date: _____

Nurse

ImpactSIIS Status: ACTIVE / INACTIVE

eCW charting completed: _____

Notes:

Sign In: _____ Admin completed: _____

RN received: _____ RN completed: _____