



Departamento de Salud de El Paso

Inmunización

Solamente para uso de nuestras clinicas:

Favor de usar letra de molde

Apellido ↪	Nombre	Segundo Nombre	Raza: <input type="checkbox"/> Amerindio /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo/Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Negro or Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Se negó a contestar <input type="checkbox"/> Desconocido Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Fecha de Nacimiento (mes/dia/año) ↪	Edad	# de Telefono	
Dirección ↪	Ciudad	Estado	
Código Postal	Condado	Correo Electronico:	
NOMBRE DE LA MAMA: ↪	APELLIDO DE SOLTERA DE MAMA:		

SOLO para clientes de 0 -18 años

Elegibilidad TVFC

Marque solo **UNO** de los siguientes:

- Inscrito en Medicaid # _____
- No tengo Seguro Medico
- Amerindio or Nativo de Alaska
- Inscrito en CHIP # _____
- Seguro Médico Insuficiente (tengo aseguranza privada pero sin cobertura de vacunas)

SOLO para clientes de 19 años y arriba

Elegibilidad ASN

Marque solo **UNO** de los siguientes:

- No tengo Seguro Medico
- Referido al programa para terminar la serie completa de vacunas que empeze cuando tenia 18 años o menos y cumpla los requisitos para participar en el programa de TVFC
- Declaro que cumpla los requisitos para recibir vacunas de ASN bajo el Programa de Iniciativa special/Ayuda en caso de Desastre/Pandemia

SOLO PARA LA VACUNA DE COVID-19

- Seguro Privado - No cubre vacuna contra el COVID-19

Historia Médica y Social

1.	El Niño/Adulto está enfermo?	SI	NO
2.	El Niño/Adulto es alérgico a algún medicamento, comida o vacuna?	SI	NO
3.	Ha tenido el Niño/Adulto alguna reacción seria a las vacunas en el pasado?	SI	NO
4.	Tiene el Niño/Adulto problemas de los riñones, pulmones, cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema de salud?	SI	NO
5.	Ha sufrido el Niño/Adulto convulsiones o problemas del cerebro?	SI	NO
6.	Ha tomado el Niño/Adulto cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos anticáncer o ha estado expuesto a un tratamiento con rayos X durante los últimos 3 meses?.....	SI	NO
7.	Ha recibido el Niño/Adulto una transfusión de sangre o productos de sangre o se ha dado inmunoglobulina (gamma) en el año pasado?	SI	NO
8.	Ha recibido el Niño/Adulto alguna vacuna durante las últimas 4 semanas?	SI	NO
9.	Su Niño/Adulto ha tenido varicela? SI, ¿a qué edad? Mes / Día / Año _____	SI	NO
10.	El paciente es Veterano?	SI	NO
11.	Recibes servicios de WIC?	SI	NO
12.	Esta la Niña/Adulta embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	SI	NO
13.	Fecha de último ciclo menstrual normal: (mes/dia/año) _____ cuanto duro?: _____ (# días) Normal/Abnormal Consistencia: Normal/Abnormal		

Consentimiento del Padre/Tutor

Recibi o se me ofreció una hoja con información sobre cada vacuna (VIS). Conozco los riesgos de las enfermedades que cada vacuna previene. Conozco los beneficios y riesgos que estas vacunas tienen. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades, las vacunas y como son administradas las vacunas. Sé que la persona que esta recibiendo la vacuna la tendrá en su cuerpo para prevenir una enfermedad contagiosa. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada arriba. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna

NOTA: Falsificar intencionalmente la información en este documento constituye un fraude. Al firmar el formulario, doy fe de que la información de arriba es verídica y correcta. Declaro que la persona antes mencionada es la persona autorizada y reúne los requisitos para recibir vacunas por medio del TVFC y vacunas ASN.

Certifico que he recibido una copia de la
 *** "Notificación de Practicas de Privacidad del Departamento de Salud Pública de El Paso" ***

Firma: _____ **Relacion al Paciente:** _____ **Fecha:** _____

*****Para Uso De La Clínica Solamente*****

I certify any services for Medicaid/CHIP members will be billed to Medicaid/CHIP Yes No

TVFC/ASN Eligible Yes No

Clerk Initials: _____

<u>Date Given</u>	<u>Vaccine Given</u>	<u>Mfg</u>	<u>VIS Date</u>	<u>Lot #</u>	<u>Site Used</u>	<u>Adm. Initials</u>
	Pediarix 6wk-6yrs <i>DTaP/HepB/IPV</i>	GSK				
	KINRIX 4-6yrs <i>DTaP/IPV</i>	GSK				
	Pentacel 6wk-5yrs <i>DTaP-IPV/HIB</i>	Sanofi				
	DTaP 6wk-6yrs	GSK/Sanofi				
	HEP A 1-18yrs	GSK/Merck				
	HEP B 0-18yrs	GSK/Merck				
	PCV-20 <5yrs <i>(6-18 risk based)</i>	Pfizer				
	HIB 6wk-<5yrs	Sanofi				
	Rotavirus <i>6wks-8 months 0 days</i>	Merck				
	IPV 6wk-17yrs	Sanofi				
	ProQuad 1-12yrs <i>MMR/VAR</i>	Merck				
	MMR ≥1yrs	Merck				
	Varicella ≥1yrs	Merck				
	Pedi Flu <i>6mos-18yrs</i>	GSK				
	Hep A (≥19 yrs)	GSK/Merck				
	Hep B (≥19 yrs)	GSK/Merck				
	Twinrix (≥19 yrs)	GSK				
	HPV 9 9-26yrs	Merck				
	MCV4 11-21yr <i>(≥2yrs risk based)</i>	Sanofi				
	MEN-B 16-18yr <i>(10-18yrs risk based)</i>	Bexsero—GSK Trumenba-Pfizer				
	RSV <i>Newborn < 2YRS</i>	Sanofi				
	RSV- MATERNAL <i>32 TO 36 WEEKS</i>	Pfizer				
	Tdap (boostrix) ≥7yrs	GSK				
	Tdap (adacel) ≥7yrs	Sanofi				
	Td ≥7yrs	Sanofi				
	COVID 19 <i>(6mo-4 yrs)</i>	Pfizer/Moderna				
	COVID 19 <i>(5yrs-11 yrs)</i>	Pfizer/Moderna				
	COVID 19 <i>(12yrs and up)</i>	Pfizer/Moderna				
	MPOX	Jynneos				