



(FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE)

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Edad

Género: M/ F Raza Fecha de Nacimiento Mes/ Día /Año

Dirección Ciudad Estado Colonia o Fraccionamiento Código Postal Número de Teléfono

Nombre de la Mamá: Apellido de Soltera: Fecha de Nacimiento: Mes/ Día /Año Nombre del Padre:

TVFC ELEGIBILIDAD

- TVFC ELEGIBILIDAD
- Tiene Medicaid
- Tiene seguro de CHIP
- No tiene seguro médico
- Es Indio Americano o Nativo de Alaska
- Está subasegurado (tiene seguro médico pero la cobertura no incluye vacunas; el seguro cubre sólo algunas vacunas; el seguro limita la cobertura de vacunas a cierta cantidad)
- Tiene seguro privado que cubre las vacunas (No elegible para vacunas de TVFC)

SEGURO MEDICO

El paciente recibe cualquiera de los siguientes:

- SEGURO MEDICO
- Medicaid: Sí No Si, #
- Medicare: Sí No Si, #
- CHIP: Sí No Si, #
- WIC: Sí No

HISTORIA MÉDICA

- HISTORIA MÉDICA
1. ¿El Niño/Adulto está enfermo? Sí No
2. ¿El Niño/Adulto es alérgico a algún medicamento, comida o vacuna? Sí No
3. ¿Ha tenido el Niño/Adulto alguna reacción seria a las vacunas en el pasado? Sí No
4. ¿Tiene el Niño/Adulto problemas respiratorios, cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico? Sí No
5. ¿Ha sufrido el Niño/Adulto algún ataque o problema del cerebro? Sí 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? Sí 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? Sí No
8. ¿Esta la Niña/Adulta embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? Sí No
9. ¿Ha recibido el Niño/Adulto alguna vacuna durante las últimas 4 semanas? Sí No
10. ¿Su Niño/Adulto ha tenido varicela? Sí No

Sí, ¿a qué edad? Mes / Día / Año

CONSENTIMIENTO DEL PADRE / TUTOR

Recibí 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.

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

Firma: Parentesco con el Paciente: Fecha

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

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

TVFC 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-6y <i>Dtap/HepB/IPV</i> | GSK | | | | |
| | KINRIX 4-6y <i>DTaP/IPV</i> | GSK | | | | |
| | Pentacel 6wk-5y <i>Dtap-IPV/HIB</i> | Sanofi | | | | |
| | DTaP 6wk-6y | GSK Sanofi | | | | |
| | HEP A 1-18y | GSK Merck | | | | |
| | HEP B 0-18y | GSK Merck | | | | |
| | PCV-13 <5y | Wyeth | | | | |
| | HIB <5y | Sanofi | | | | |
| | Rotavirus 6-32wks | GSK Merck | | | | |
| | IPV 6wk-18y | Sanofi | | | | |
| | ProQuad 1-12y <i>MMR/VAR</i> | Merck | | | | |
| | MMR 1y> | Merck | | | | |
| | Varicella 1y> | Merck | | | | |
| | Pedi Flu <3yr | Sanofi | | | | |
| | Flumist 2-18y | Medimmune | | | | |
| | Flu >3yr | Sanofi | | | | |
| | Hep A 19> | GSK | | | | |
| | Hep B 20> | Merck | | | | |
| | Twinrix 18> | GSK | | | | |
| | HPV 9-26y | GSK Merck | | | | |
| | MCV4 11-55y | Sanofi | | | | |
| | Tdap 10-64y | GSK | | | | |
| | Adacel 11-64y | Sanofi | | | | |
| | Td 7-10y-65> | Sanofi | | | | |
| | PNEUMO-23 <i>ADULT</i> | | | | | |
| | Zoster 60> | Merck | | | | |
| | PPD | | | | | |
| | | | | | | |