

Place Label Here Pediatric - **SPANISH**

Departamento De Salud Del Condado De ReNo

Formulario de Documentación de Vacunas

Amerigroup Sunflower	United Healthcare	**VACUNA PRIVADA**
Titulo-19 <input type="checkbox"/> CHIP-21 <input type="checkbox"/>		Aseguranza Commercial: <input type="checkbox"/>
NINGUNA AZEGURANZA **VFC VACCINE**		
Ninguna	Indio Americano	Terceros de Pago TTP: <input type="checkbox"/>
Insuficiente	Nativo de Alaska	
# de Polica de Azeguranza		# en la Familia

Informacion Del Cliente

Apellido	Nombre	SI	Fiador
Fecha De Nacimiento	Edad		Seguro Social De Fiador
Direccion	Numero de Telefono		Numero de Telefono de Fiador
Ciudad	Estado	Codigo Postal	Doctor
			Numero de Telefono Del Doctor
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Afro AmericaNo	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático
			<input type="checkbox"/> HawaiaNo/Islands del Pacifico
Hispano o LatiNo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Elija UNO: <input type="checkbox"/> Mexicano
			<input type="checkbox"/> Cubano
			<input type="checkbox"/> Puerto Ricano
			<input type="checkbox"/> Centro/Sur Americano

Cuestionario de Evaluación de Inmunizaciones

- ¿El niño(a) que sera vacunada esta actualmente enfermo o sufre una fiebre alta? Si No
- ¿El niño(a) tiene alergias a medicamentos, alimentos, látex, o un componente de la vacuna? Si No
- ¿El niño(a) ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado? Si No
- ¿El niño(a) a tenido un problema de salud con los pulmones, el corazón, los riñones o enfermedad metabólica?
(Por ejemplo diabetes, asma, o un trastorno de la sangre? ¿Es él / ella en una terapia de aspirina a largo plazo?) Si No
- Si la persona que sera vacunada tiene entre 2 y 4 años, algun proveedor de atencion medica le ha dicho que tiene asma o tos ruidosa (wheezing) en los ultimos 12 meses? Si No
- Si el niño es bebe, le an dicho que tiene o ha tenido intususcepción? Si No
- ¿El niño(a), un hermano o un padre ha tenido convulsiones, problemas del cerebro o del sistema nervioso? Si No
- ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH / SIDA, o cualquier otro problema del sistema inmune? Si No
- ¿El niño que recibirá la vacuna tiene un contacto estrecho y regular con alguien con un sistema inmunológico debilitado? Si No
- En los últimos 3 meses, tiene el niño tomado medicamentos que debilitan su sistema inmunológico, como la cortisona, prednisona, esteroides, medicamentos antivirales, medicamentos contra el cáncer, o ha tenido tratamientos de radiación. Si No
- ¿El niño ha de ser vacunados recibido sangre, plasma o inmunoglobulina en los últimos doce meses? Si No
- ¿El niño/adolescente embarazada o hay una posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? Si No
- ¿Ha recibido el niño vacunas en las últimas 4 semanas? Si No

* Se me ha dado una copia y he leído, o se me ha explicado, la información en la información sobre vacunación ("VIS") y pedir que la vacuna (s) se dará a mí o a la persona nombrada por quien soy autorizado para realizar esta solicitud. Doy mi consentimiento para la inclusión de los datos de vacunación en el Registro de Vacunación de Kansas.

* Reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Reno con la fecha efectiva de 09/25/2013.

* Autorizo la divulgación de la información médica y de facturación necesaria para procesar las reclamaciones de los proveedores de seguros, incluyendo Medicare.

Nota: Según Estatuto de Kansas 65-531

Información y registros que tengan relación con el estado de vacunación de las personas contra las enfermedades infantiles como es requerido por KSA 65-508 y 65-519 se puede divulgar y cambiaron sin un padre o comunicado por escrito del tutor que autoriza la divulgación a los que necesitan esa información para asegurar el cumplimiento de las leyes estatales o para alcanzar la edad estado de inmunización apropiados para los niños. Ver Estado Estatuto 65-531 para una descripción completa.

Yo entiendo que estoy rechazando las siguientes vacunas recomendadas:

Firma del Cliente / Padre / Tutor

Fecha

Firma del Trabajador de Cuidado de la Salud

Fecha

Name		School						
VFC	Private	Dose	EXT	Site	Route	Manufacturer Lot #	Exp Date	CPT Code
DTAV (Daptacel/Infanrix) (DTaP)	DAP (Daptacel/Infanrix) (DTaP)	0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat.	IM			90700
HAV (Hepatitis A)	HAC (Hepatitis A)	0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat.	IM			90633
HBVV (Pedvax) (HIB)	HIBP (Pedvax) (HIB)	0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat.	IM			90647
HPVV 9 (Human Papilloma Virus)	HPVP 9 (Human Papilloma Virus)	0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat.	IM			90651
VHB (Hepatitis B)	HBC (Hepatitis B)	0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat.	IM			90744
PVV (Polio)	IPP (Polio)	0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat. Upper Arm Thigh	IM Sub-Q			90713
KNXV (Kinrix/Quadracel) (DTaP - IPV)	KNXP (Kinrix/Quadracel) (DTaP - IPV)	0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat.	IM			90696
MMRV (Measles/Mumps/Rubella)	MMP (Measles/Mumps/Rubella)	0.5ml	Right Left	Upper Arm Thigh	Sub - Q			90707
MNV (Meningococcal)	MNP (Meningococcal)	0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat.	IM			90734
MTV (Meningococcal) (Trumenba)	MTP (Meningococcal) (Trumenba)	0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat.	IM			90621
MBV (Meningococcal) (Bexsero)	MBP (Meningococcal) (Bexsero)	0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat.	IM			90620
DPHV -Pediarix (DTaP,Hep B,IPV)	PDP-Pediarix (DTaP,Hep B,IPV)	0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat.	IM			90723
DIHV-Pentacel (DTaP,IPV,HIB)	DIHP-Pentacel (DTaP,IPV,HIB)	0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat.	IM			90698
PCV13 (PCV 13)	PCVP (PCV 13)	0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat.	IM			90670
VPNU (Pneumonia)	PNU (Pneumonia)	0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat. Upper Arm Thigh	IM Sub-Q			90732
RVV (Rotavirus)	RVP (Rotavirus)	2.0ml		Oral	Oral			90680
TDPV (Adacel/Boostrix) (Tetanus/Diphtheria/Pertussis)	TAP (Adacel/Boostrix) (Tetanus/Diphtheria/Pertussis)	0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat.	IM			90715
TDV (Tet/Dip)	TDP (Tet/Dip)	0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat.	IM			90714
	TYP TYO (Typhoid)	0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat.	IM Oral			90690 90691
VARV (Varicella)	VAR (Varicella)	0.5ml	Right Left	Upper Arm Thigh	Sub-Q			90716
	YFV (Yellow Fever)	0.5ml	Right Left	Upper Arm Thigh	Sub-Q			90717
VQINF, VQFLU (Quadrivalent)	QINF QFLU (Quadrivalent)	0.25ml 0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat.	IM			90685 90686
VQMST (FLU Mist)	QMST (FLU Mist)	0.2ml		Intranasal	Intranasal			90672

Travel Codes

Administration Codes

\$ _____
Previous Balance

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CER	99401	99402	90471	90472	90473	90474

Next Appt: _____

Provider Signature

F:\Masters\Encounters\SLV Imm Encounter SPANISH:08/18

Date Vaccinated

Check In _____ Time _____

Minutes

Check Out _____ Time _____