

FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL PACIENTE

Por favor imprima y llene este formulario completamente

I. INFORMACION DEL CLIENTE

Fecha de hoy:		Idioma preferido:	
Apellido del cliente:	Nombre:	Inicial del 2° nombre	Apellido de soltera (si es casada):
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento:	Edad:	Nombre y apellido de soltera de la madre:
Dirección/Apartado postal:			Teléfono:
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	Condado:

II. CUESTIONARIO DEL CLIENTE – MARQUE SI OR NO

1. ¿Tiene fiebre, se siente febril o ha tenido síntomas similares a COVID en los últimos diez días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
2. ¿Ha dado positivo por COVID-19 en los últimos diez días?	
3. ¿Ha recibido tratamiento monoclonal o plasma de convalecencia en los últimos 90 días?	
4. ¿Tienes alergias a medicamentos, gelatina, levadura, huevos, timerosal, fosfato, sacarosao cualquier vacuna? Si la respuesta es sí, indica las alergias: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
5. ¿Alguna vez has tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
6. ¿Tienes algún problema de salud desde hace tiempo, con el corazón, el pulmón, el riñón, asma, diabetes, anemia u otro problema en la sangre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
7. ¿Alguna vez has tenido una convulsión, un problema neurológico o síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
8. ¿Tienes cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otra enfermedad del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
9. ¿Estás en tratamiento con cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cáncer, o tratamiento con rayos X?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
10. ¿Has recibido una transfusión de sangre, plasma o inmunoglobulina en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
11. (Sexo Femenino) ¿Estas embarazada o deseas quedar embarazada en los próximos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
12. (Mujeres) ¿Está amamantando actualmente?	
13. ¿Has recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

CONSENT

Con la firma de este documento:
Reconozco que el departamento de salud East Central District Health Department (ECDHD) ha puesto disponible su Política de Privacidad para mi conocimiento.
He leído o me han explicado la Autorización de uso de emergencia (EUA) de la vacuna que se planea administrar.
He recibido una copia de la hoja informativa para destinatarios y cuidadores
Doy permiso para que yo o el menor de edad reciba vacunas.
Doy mi consentimiento y autorización para la divulgación de información médica relacionada con las vacunas.

X

Firma autorizada del cliente. Si es menor de 19 años – firma del padre/tutor legal)

Fecha de hoy

PARA USO DE LA CLÍNICA / USO DE OFICINA :

Name of Vaccine, Manufacturer:	Date Vaccine Administered:
Vaccine Expiration Date:	Vaccine Lot Number:
Site of Injection:	Date VIS Given:
Signature of Vaccine Administrator:	

IMMUNIZATION REGISTRATION FORM

Please Print and Fill form out Completely



I. CLIENT INFORMATION

Today's Date:		Language Preferred:	
Patient's Last Name:	First:	Middle Initial:	Maiden Name (if married):
Sex: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Birth Date:	Age:	Mother's Maiden Name (First and Last):
Street Address:		Phone Number:	
City:	State:	Zip:	County

II. CLIENT QUESTIONNAIRE – CHECK YES OR NO

1. Do you have a fever, feel feverish or have you had COVID like symptoms in the past ten days?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
2. Have you tested positive for COVID-19 in the past ten days?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
3. Have you received monoclonal treatment or convalescent plasma in the past 90 days?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
4. Do you have allergies to medications, food, yeast, egg, latex, thimerosal, phosphate, sucrose or any vaccine? If yes: _____	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
5. Have you ever had a serious reaction to a vaccine in the past?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
6. Do you have a long-term health problem with heart, lung, kidney disease, asthma, diabetes, anemia, or other blood disorder?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
7. Have you ever had a seizure, neurological problem, or Guillain-Barre syndrome?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
8. Do you have cancer, leukemia, AIDS, or any other immune system illness?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
9. In the last 3 months have you taken cortisone, prednisone, other steroids, anticancer medication, or X-ray treatment?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
10. Have you received a transfusion of blood, plasma, or medicine called immune globulin or an antiviral drug in the past year?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
11. Do you have a bleeding disorder or are on a blood thinner?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
12. (Females) Are you pregnant or thinking about becoming pregnant within the next 3 months?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
13. (Females) Are you currently breastfeeding?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
14. Have you received any vaccinations in the past 4 weeks?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO

CONSENT

By signing this document:

- I acknowledge that the East Central District Health Department (ECDHD) has made their Notice of Privacy Practices available for my review.
- I have read or had explained to me the Emergency Use Authorization (EUA) for the vaccine that is planned to be given.
- I have received a copy of the Fact Sheet for Recipients and Caregivers
- I give permission for myself or the minor child to receive immunizations.
- I give consent and authorization for the release of health information related to immunizations

X _____

*AUTHORIZED SIGNATURE (CLIENT, IF UNDER THE AGE OF 19 – PARENT/LEGAL GUARDIAN)
TODAY'S DATE*

FOR CLINIC / OFFICE USE ONLY :

Name of Vaccine, Manufacturer:	Date Vaccine Administered:
Vaccine Expiration Date:	Vaccine Lot Number:
Site of Injection:	Date VIS Given:
Signature of Vaccine Administrator:	