

**Departamento de Salud Publico del Suroeste de Utah**

*Toda la información es estrictamente confidencial (por favor escriba en letra de molde).*

**Información del Cliente:**

**Fecha De Hoy:** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido de Soltera de la Madre \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle/Buzón Ciudad Estado Zona Postal

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Ponga un circulo: Casa Celular Trabajo  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Ponga un circulo: Casa Celular Trabajo

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Genero:  Hombre  Mujer  
Mes Día Año

Raza:  Blanco  Negro  Asiatico  Otro  Nativo Indio  Nativo Hawaiano/Isla del Pacifico

Hispano / Latino:  Si  No

**Si el cliente es menor de edad escriba información de la familia:**

Nombre de la persona responsable de la casa: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección: si es diferente de arriba: \_\_\_\_\_  
Calle/Buzón Ciudad Estado Zona Postal

**Persona Responsable/Responsable de Pagar:**  **Misma Persona Responsable de la Casa**

Organización/Persona a cobrar por los servicios de hoy: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle/Buzón Ciudad Estado Zona Postal

**Por Favor complete lo de abajo:**

Medicaid:  Si  No Número de ID: \_\_\_\_\_

Medicare:  Si  No Número de ID: \_\_\_\_\_

Aseguranza Privada:  Si  No Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_

Si contesto si, nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor \_\_\_\_\_

Cubre su aseguranza el costo de vacunas?

Si  No  No sabe

**Si esta recibiendo vacunas por favor complete el otro lado de esta forma**

Solamente para uso del Departamento de Salud:

Gross Monthly Income: \_\_\_\_\_ # Family Members: \_\_\_\_\_

PFR: \_\_\_\_\_ RN: \_\_\_\_\_

Por favor llene el siguiente cuestionario.

<b>Questionario de Vacunas</b>			
<b>Por favor marque la que le corresponda</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No Sabe</b>
1. Esta la persona enferma hoy?			
2. Tiene la persona alergias a alguna medicina, comida o vacunas?			
3. Ha tenido la persona alguna reacción seria después de recibir una vacuna?			
4. Ha tenido la persona convulsiones o desorden neurologico o tenido el síndrome de Gullian-Barre?			
5. Tiene la persona una enfermedad seria o alguna condicion que le debilita el sistema immune asi como cancer, leucemia, Sida?			
6. Toma la persona cortisone, prednisone, o otro steroides o ha tenido tratamientos de rayos X, en lo ultimos 3 meses?			
7. Durante el año pasado la persona a recibido una transfusión de sangre o productos de sangre o se le ha dado un medicamento llamado globulin inmune (gamma)?			
8. <b>Para Mujeres:</b> Esta la persona embarazada o en riesgo de quedar embarazada en el proximo mes?			
9. Ha recibido la persona alguna vacuna en las ultimas 4 semanas?			
10. Ha tenido la persona la enfermedad de varicela? <b>Para niños solamente:</b> si contesto si , diga el mes ____ y año ____			

### **CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO Y INFORMACIÓN DE DE PRIVACIDAD**

Yo certifico que la información que he dado es verdadera y correcta. Se me ha dado una copia y he leído, o se me a explicado, la información importante y su contenido y formas con información de la vacuna acerca de la enfermedad. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas en el caul han sido contestadas a mi satisfacción. Yo creo entender los beneficios y riesgos de la vacuna (s) y la petición de la vacuna indicada sea dada a la persona mencionada arriba por el cual yo estoy autorizada (o) para hacer este requisito. Yo estoy de acuerdo que esta información sea compartida con escuelas, centro de cuidado de niños, clinica de Doctores y otros cuando sea medicamento necesario. **NO HARE RESPONSABLE AL DEPARTAMENTO DE SALUD O A SUS EMPLEADOS DE DEMANDAS QUE SURGIEREN TALES VACUNAS.**

Debemos informarle de las practicas de privacidad por la información que hemos recibido y mantendremos de usted. Me han dado una copia de información de las practicas de privacidad y he tenido la opurtunidad de hacer preguntas acerca de como esta información puede ser usada.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación con el cliente: Si mismo \_\_\_\_ Padre \_\_\_\_ Madre \_\_\_\_ Tutor legal \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_