

NEVADA COUNTY
PUBLIC HEALTH DEPARTMENT
Immunization Record Spanish

Salud Pública del
Condado de Nevada

Complete ambos lados y firme en la última página

In County ☐ Out of County
☐ Straight Medi-Cal
☐ Partnership
☐ Blue Shield EPO/PPO

☐ UNINSURED
☐ CASH \$ _____
☐ CHECK # _____
☐ CREDIT CARD
☐ VOUCHER

Fecha de Nacimiento del

paciente _____ Edad _____ Años _____ Meses _____ Género _____ Primer Nombre de la madre _____
MM / DD / AA

Nombre del paciente _____ Primer Nombre del Padre de Familia/Guardian _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Método preferido para recordatorios de citas / notificaciones:

☐ Llamar ☐ texto

Teléfono de casa: _____

Llamar / Dejar mensaje ☐ Si ☐ No

Teléfono de celular: _____

Llamar / Dejar mensaje ☐ Si ☐ No

Nuestra clínica ofrece la oportunidad de usar la internet para dar seguimiento a cosas relacionadas con su salud por medio de nuestro portal al cliente. Usando un nombre de usuario y contraseña podrá obtener información como próximas citas, medicamentos, vacunas, alergias, y resultados de Laboratorio. Su cuenta de Portal de cliente se vinculará a una dirección de correo electrónica única. Por favor, indíquenos una dirección de correo electrónico que sólo usted tiene acceso para poder establecer su cuenta de Portal de cliente.

Correro Electronico: _____

Departamento de Salud Pública del Condado de Nevada require que obtengamos los siguientes datos demográficos. Esta información es confidencial y nos permite ofrecer servicios de calidad. **LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN ES PARA EL INDIVIDUO QUE RECIBE LA(S) INMUNIZACIÓN(ES).**

Raza

- ☐ Nativo de Alaska o Indio Americano ☐ Blanco o Hispano
☐ Asiática ☐ Más de uno raza
☐ Negro o Afroamericano ☐ Otra raza
☐ Nativo de Hawaii o Islas del Pacífico ☐ Rechaza declarar

Grupo Etnico

- ☐ Hispano
☐ No-Hispanos
☐ Desconocido

lenguaje

- ☐ Inglés
☐ Español
☐ Indio (Hindi & Tamil)
☐ Otro

Elegibilidad para VFC (Niños menores de 18 años)

La siguiente declaración nos ayudará a determinar si su hijo(a) puede recibir las vacunas a través del programa "Las vacunas para niños" (programa VFC).

Por favor marque lo que es aplicable para el niño recibiendo la vacuna:

- ☐ 1. es elegible para Medi-Cal, o (CHDP) Programa de la salud y prevención para niños discapacitados.
☐ 2. es **NO TIENE** seguro médico privado.
☐ 3. es Indio Americano o Nativo de Alaska.

Elegibilidad para 317 (Adultos de 19 años y más)

La siguiente declaración nos ayudará a determinar si usted puede recibir las vacunas a través del programa estatal de 317.

Por favor marque lo que es aplicable para la persona que estará recibiendo la vacuna:

- ☐ 1. no tiene seguro (no tiene seguro médico, privado, Medi-Cal o atención administrada de Medi-Cal).
☐ 2. tiene seguro insuficiente, el paciente tiene seguro médico, pero
• No cubre vacunas, o
• No cubre ciertas vacunas

Actualmente aceptamos Medi-Cal y seguros de Blue Shield. Si usted no tiene ninguno de estos planes de seguro, aceptamos dinero en efectivo, cheque o tarjetas de crédito (VISA / MasterCard / Discover) para el pago. Hay una cuota de procesamiento de \$ 2.00 adicional para el uso de una tarjeta de crédito. Yo entiendo que mi seguro de salud se facturará como una cortesía y soy responsable del pago de los cargos no pagados por mi seguro.

☐ Medi-Cal incluyendo Medi-Cal Managed Care

☐ Blue Shield PPO / EPO (los suministros de vacunas son limitados)

☐ No tengo seguro de salud

☐ El nombre del proveedor de seguros aquí _____

Póliza de Contrato de no participación de Medicare

El Departamento de Salud Pública del Condado de Nevada no factura a Medicare por ningún servicio. "El manual de la póliza de beneficios de Medicare; publicación 100-02, capítulo 15, sección 40.5; dice que, cuando un Doctor/practicante decide no ser parte de Medicare, Medicare no cubre ningún gasto proveído por el doctor o practicante y ningún pago de medicare puede ser hecho a ese doctor o practicante directa o mensualmente. Adicionalmente, el beneficiario de medicare no puede ser reembolsado por artículos médicos o servicios proveídos directamente por el Doctor o practicante que ha decidido no ser parte del programa".

Por favor Lea y firme lo siguiente:

Reconozco que he recibido o me han ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Condado de Nevada. Me han dado una copia y he leído, o me han explicado la información contenida en la Declaración de Información de la Vacuna sobre la(s) enfermedad(es) y vacuna(s) indicada(s). He tenido un oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi entera satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) Indicado para ser entregado a mí o a la persona nombrada arriba para quien estoy autorizado para hacer esta solicitud. Entiendo que Nevada El Departamento de Salud Pública del Condado ingresa a la inmunización Información en el Registro de Vacunación de California (CAIR). Por la presente autorizo al Departamento de Salud Pública del Condado de Nevada, divulgar esta información a mi(s) proveedor(es) de atención médica, escuela(s) y proveedor de seguros.

NEVADA COUNTY PUBLIC HEALTH DEPARTMENT

Si No

- ☐ ☐ ¿El cliente está enfermo hoy? ¿El cliente está tomando antibióticos?
- ☐ ☐ ¿El cliente tiene alergias a medicamentos, alimentos, un ingrediente de vacuna o látex?
- ☐ ☐ ¿Alguna reacción grave a otras vacunas?
- ☐ ☐ ¿Tiene el cliente un problema de salud a largo plazo con enfermedad cardíaca, pulmonar, renal o metabólica, asma, trastorno de la coagulación de la sangre, falta de bazo, deficiencia del componente del complemento, implante coclear o fuga de líquido cefalorraquídeo?
- ☐ ☐ ¿Usted o alguien en su hogar tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA u otros problemas del sistema inmunológico?
- ☐ ☐ En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el cliente medicamentos que afectan su sistema inmunológico, como prednisona, esteroides o medicamentos contra el cáncer: medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn, la psoriasis o el tratamiento con rayos X/radiación?

Si No

- ☐ ☐ ¿Ha tenido el cliente una convulsión, un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?
- ☐ ☐ Durante el último año, ¿ha recibido el cliente una transfusión de sangre/productos sanguíneos, o se le ha administrado inmunoglobulina (gamma) o medicamento antiviral?
- ☐ ☐ ¿La clienta está embarazada o existe la posibilidad de que la clienta quede embarazada en el próximo mes?
- ☐ ☐ ¿El cliente está amamantando?
- ☐ ☐ ¿El cliente ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas? Que tipo? _____
- ☐ ☐ Si el cliente tiene entre 2 y 4 años, ¿le ha diagnosticado el proveedor de atención médica sibilancias o asma en los últimos 12 meses?
- ☐ ☐ Si el cliente es un bebé, ¿ha habido un diagnóstico de intususcepción?
- ☐ ☐ ¿Has tenido varicela?
- ☐ ☐ ¿Ha tenido un refuerzo de Tdap?

Imprimir Nombre (Padres/Guardián/Mismo)

Firma (Padres/Guardián/Mismo)

Fecha

Public Health Use Only

☐ VFC ☐ STATE ☐ 317 ☐ County Purchased (PP)

Immunization Given	Lot #	VIS Date
Exp. Date		
LASq LD LT	RASq RD RT PO	

Immunization Given	Lot #	VIS Date
Exp. Date		
LASq LD LT	RASq RD RT PO	

Immunization Given	Lot #	VIS Date
Exp. Date		
LASq LD LT	RASq RD RT PO	

☐ VFC ☐ STATE ☐ 317 ☐ County Purchased (PP)

Immunization Given	Lot #	VIS Date
Exp. Date		
LASq LD LT	RASq RD RT PO	

Immunization Given	Lot #	VIS Date
Exp. Date		
LASq LD LT	RASq RD RT PO	

Immunization Given	Lot #	VIS Date
Exp. Date		
LASq LD LT	RASq RD RT PO	

☐ Vaccine Not Given

☐ VIS Sheet(s) Given

Reason why: _____

Date: _____

RN Signature _____

Initial: _____