RED WILLOW COUNTY
HEALTH DEPARTMENT

FORMULARIO DE EVALUATIÓN DE LA VACUNA PARA ADULTOS
VACUNAS PARA ADULTOS - NO ASEGURADOS

INFORMACION PERSONAL

Nombre Legal: _____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ **Edad:** _____ **Genero:** ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección: _____ **Cuidad:** _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____

Número de teléfono: _____ **Nombre y apellido de soltero de la madre:** _____

***Nombre y fecha de nacimiento del asegurado principal:** _____

¿Le gustaría tener acceso en línea a los registros de vacunación del menor? ☐ Sí ☐ No

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

Estas preguntas ayudan a determiner las vacunas ques se le pueden administrar hoy. *Una respuesta "Sí" no significa ques no debas ser vacunado, solo significa que se deben hacer prequntas adicionales. Sí una pregunta no está clara, pídale a una de las enfermeras que la explique.*

1. ¿Está enfermo hoy ?	☐ SÍ	☐ NO
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, gelatina, neomicina, alimentos, levadura, huevos, componente de la vacuna, o látex?	☐ SÍ	☐ NO
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave después de recibir una vacuna?	☐ SÍ	☐ NO
4. ¿Tiene alguna de los siguientes problemas de salud a largo plazo con enfermedades cardíacas, pulmonares, renales o metabólicas (p.ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, falta del bazo, implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está recibiendo tratamiento con aspirina a largo plazo?	☐ SÍ	☐ NO
5. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario?	☐ SÍ	☐ NO
6. ¿Tiene un padre/una madre, hermao o hermana con un problema del sistema inmunitario?	☐ SÍ	☐ NO
7. En los últimos 6 meses, ¿ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o fármacos contra el cáncer: fármacos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis: o ha recibido radioterapia?	☐ SÍ	☐ NO
8. ¿Ha tenido una convulsión o un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso? ¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain Barré?	☐ SÍ	☐ NO

***Por favor pase le página.**

RED WILLOW COUNTY
HEALTH DEPARTMENT

FORMULARIO DE EVALUATIÓN DE LA VACUNA PARA ADULTOS
VACUNAS PARA ADULTOS - NO ASEGURADOS

9. ¿Le han diagnosticado alguna vez una cardiopatía (miocarditis o pericarditis) o ha tenio síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-A o SIM-C) despés de una infección por el virus del COVID-19?	☐ SÍ	☐ NO
10. Durante el año pasado, ¿ha recibido globulina inmunitaria (gamma), sangre/hemoderivados o un fármaco antiviral?	☐ SÍ	☐ NO
11. Para las mujeres: ¿Está embarazada o hay un cambio en el que podría quedar embarazada en el próximo mes? (O bien) ¿Tiene una mamografía programada para las próximas 6 semanas?	☐ SÍ	☐ NO
12. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	☐ SÍ	☐ NO
13. ¿Se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de una inyección?	☐ SÍ	☐ NO
14. ¿Está ansioso por ponerse una inyección hoy?	☐ SÍ	☐ NO

LEY DE PRIVACIDAD, CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y AUTHORIZACIÓN DE FACTURACIÓN

RECONOCIMIENTO DE LA LEY DE CONOCIMIENTO DE LA PRIVACIDAD: Con mi firma a continuación, reconozco que estoy al tanto de las reglas de privacidad del Condado de Red Willow y, si lo solicita, puedo obtener una copia de la Ley de Aviso de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Red Willow, 1400 West 5th, McCook, NE 69001. Entiendo que este aviso describe cómo el centro utilizará y/o divulgará mi información de salud. **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:** He leído la Hoja de Información de la Vacuna actual o me han explicado la información del VIS. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y estas han sido respondidas a mi satisfacción. Comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna y pido que la vacuna se me administre a mí o a la persona nombrada anteriormente (para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud). Acepto la responsabilidad de buscar atención médica para cualquier problema que pueda tener con esta vacuna.

*****Firma*** :** _____ **Fecha :** _____

SOLO PARA USO EN OFICINA

Medicare/Insurance Card : _____ **TR-ACT E/PD:** _____

Bill To : _____ **PT. PD CK/CASH:** _____

NESIIS: ☐ **INS. FILED:** _____ **INS. PMT $:** _____

Screening questions reviewed and OK: _____

Date Administered : _____ **Body Site :** _____