

**APPLICATION PARA TARJETA DE SALUD Southern Nevada Health District (favor de imprimir)**

|  |        |            |                              |   |  |
|--|--------|------------|------------------------------|---|--|
| <b>Nombre</b>  |        |            |                              | <u>Marque Uno</u>                                   |  |
|  |        |            |                              | <b>Primera Aplicacion</b>                           | <b>Renovar</b>                         |
| Apellido/Segundo Apellido  | Nombre | Segundo    | <b>Apto#</b>                 | <b>Duplicado</b>                                    | <b>Reprocess</b>                       |
| <b>Direccion</b>   |        |            |                              | <u>Clase de Tarjeta (Marque todos que apliquen)</u> |  |
| <b>Ciudad/Estado</b>   |        |            |                              | <b>Manipuladores de Alimenotos</b>                  | <b>Cuidar Ancianos</b>                 |
| <b>Telefono</b>  |        |            |                              | <b>#Seguro Social</b>                               | <b>Cuidar Ninos</b> <b>Otra Clase:</b> |
| <b>Fecha De Nacimiento</b>   |        |            |                              | <b>Feminina</b>                                     | <b>Masculino</b>                       |
| Mes      Dia      Ano<br><i>Por Favor Conteste Todas Las Preguntas</i>                       |        |            |                              | <b>Marque Uno</b>                                   |  |
| 1) ¿Alguna vez se le ha puesto la vacuna contra la Hepatitis A?                              |        |            |                              | Si  | No                                     |
| 2) ¿Alguna vez se le ha puesto una prueba de piel de Tuberculosis?                           |        |            |                              | Si  | No                                     |
| 3) ¿Alguna vez ha reaccionado con inyección de Hepatitis A o prueba de piel de Tuberculosis? |        |            |                              | Si  | No                                     |
| 4) ¿Se le ha puesto una prueba de piel de Tuberculosis durante las 6 semanas pasadas?        |        |            |                              | Si  | No                                     |
| 5) ¿Alguna vez ha estado en contacto con alguien con Tuberculosis activo?                    |        |            |                              | Si  | No                                     |
| 6) ¿Alguna vez ha tenido Tuberculosis activo?  |        |            |                              | Si  | No                                     |
| 7) ¿Se le ha hecho radiografía del pecho durante los 2 meses pasados?                        |        |            |                              | Si  | No                                     |
| 8) ¿Está embarazada?   |        |            |                              | Si  | No                                     |
| 9) ¿Alguna vez le ha aconsejado un médico no inyectarse?                                     |        |            |                              | Si  | No                                     |
| <b>SOLO POR USO OFICIAL</b>  |        |            |                              |   |  |
| <b>Fee</b>   |        | <b>L/F</b> |                              | <b>Admn.</b>  |  |
| <b>Total Amount</b>  |        |            |                              | <b>Initials</b>                                     |  |
| <b>Cash</b>  |        |            | <b>Visa/Mastercard</b>       |   |  |
| <b>Business Check/MO</b>   |        |            | <b>Charge Voucher: _____</b> |   |  |
| <b>ID #1</b>   |        |            | <b>ID#2</b>                  |   |  |
| <b>HC #</b>  |        |            | <b>Exp. Date</b>             |   |  |
| <b>Hep #1</b>  |        |            | <b>Hep #2</b>                |   |  |
| <b>TB</b>  |        |            | <b>X-Ray</b>                 |   |  |
| Certifico que las respuestas antecedentes son verdaderas y correctas según mi conocimiento.  |        |            |                              |   |  |
| <b>Firma</b>   |        |            |                              | <b>Fecha</b>  |  |