



### REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS CONSENTIMIENTO DE SU INFORMACIÓN PARA VIAJEROS

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono # ( ) \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre  
 Hombre  Mujer Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle/P.O. Box Apt # Ciudad Estado Postal #

<b>La investigación pregunta para la Vacuna de Neumonía:</b>	<b>La investigación pregunta para la vacuna de la Gripe:</b>
<input type="checkbox"/> Después de cumplir 65 años ha sido vacunado <input type="checkbox"/> Ha sido vacunado antes de cumplir 65 años en los últimos 5 años <input type="checkbox"/> Ha reportado alergia a la vacuna <input type="checkbox"/> Tiene fiebre <input type="checkbox"/> Asmático <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> La Escritura conectó (si aplicable)	<input type="checkbox"/> Ha sido vacunado contra la gripe en esta temporada <input type="checkbox"/> Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a los huevos <input type="checkbox"/> Ha tenido alguna reacción seria a la vacuna de la influenza <input type="checkbox"/> Historia de síndrome de Guillian-Barre <input type="checkbox"/> Tiene fiebre <input type="checkbox"/> Terapia con aspirina <input type="checkbox"/> Problemas de salud prolongados <input type="checkbox"/> Embarazadas <input type="checkbox"/> Débil sistema inmunológico

Su firma a continuación indica que usted ha proporcionado la información con respecto a TODOS los fondos de seguro que usted tiene; que la información anterior es exacta y completa; que autoriza a Southern Nevada Health District para facturar a las organizaciones de seguro de contrato o archivar una demanda con Medicare Part B o otros proveedores de seguro como sea necesario; autoriza la divulgación de cualquier información médica u otra necesaria para procesar esta demanda; autoriza el pago de beneficios médicos al Southern Nevada Health District por servicios descritos. También indica que usted ha recibido por escrito la información actualizada referente a las vacunas que se le han administrado.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

SOLO PARA LA ENFERMERA							
VACCINE	DATE GIVEN	MFG / LOT #	VIS DATE	SITE	ROUTE	GIVEN BY:	TITLE
FLU			7-26-11	LA RA	IM		LPN RN
FLU MIST			7-26-11	IN			LPN RN
PNEUMONIA			10-6-09	LA RA	IM SQ		LPN RN
TD TDAP			11-18-08	LA RA	IM		LPN RN
SHINGLES			10-6-09	LA RA	SQ		LPN RN

**INSURANCE: (check one)**

Medicare B \_\_\_\_\_

Medicare Part D \_\_\_\_\_

Railroad \_\_\_\_\_

Other \_\_\_\_\_

**INSURANCE NUMBER**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Location**

MAIN  HEND  ELV  MESQUITE

\_\_\_\_\_

**Amount Paid**

\$ \_\_\_\_\_  Gratis

**MEDICAID PLAN: (check one) MEDICAID NUMBER**

Medicaid / Nevada Check Up \_\_\_\_\_

Medicaid Amerigroup \_\_\_\_\_

Health Plan of Nevada (HPNH) \_\_\_\_\_

Other \_\_\_\_\_

**Record #** \_\_\_\_\_

Clerical initials