

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (LETRA DE MOLDE – USE SOLO TINTA):

Niños Soltero Casado Divorciado Viudo Separado legalmente Viven juntos Pareja de vida

Nombre del paciente: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Segundo nombre): _____

Número de Seguro Social: _____ Femenino Masculino Fecha de nacimiento _____ Edad: _____

Dirección particular: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono Particular: _____ ¿Nos autoriza a enviarle mensajes de texto? Sí No Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACION SOBRE SU MEDICO/ NUMERO DE TELEFONO (Para miembros de Cigna solamente): _____

TIENE SEGURO MEDICO?:

Si No

¿Tiene otro Seguro Medico además de Medicaid? Si No

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE: (Complete esta sección si el paciente es menor de edad)

Padre/Madre Tutor

(Apellido): _____ (Primer nombre): _____ (Segundo nombre): _____

Femenino Masculino Fecha de nacimiento: _____ Teléfono Primario _____

Dirección particular: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código postal _____

Estudiante Empleado Retirado Trabajador por cuenta Propia Desempleado

Empleador _____ Ocupación _____

SEGURO PRIMARIO:

Relación con el paciente: Paciente Cónyuge Padre/Madre Otro

Nombre de la Compañía de Seguro: _____ Id#: _____ Grupo#: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Empleador _____ Ocupación _____

Marque si es la misma dirección (Si es diferente por favor completar):

Dirección particular: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

SEGURO SECUNDARIO:

Relación con el paciente: Paciente Cónyuge Padre/Madre Otro

Nombre de la Compañía de Seguro: _____ Id#: _____ Grupo#: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Empleador _____ Ocupación _____

Marque si es la misma dirección (Si es diferente por favor completar):

Dirección particular: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

Certifico de acuerdo a mis conocimientos que la información anterior es correcta. Por este medio autorizo a SNHD a divulgar toda la información adquirida a la compañía de seguros, si así lo requiere por los servicios recibidos. Yo atribuyo todos los beneficios de mi seguro al SNHD, si alguno por los que sean pagados a mí por los servicios recibidos. Yo entiendo que soy responsable financieramente por todos los cargos que sean o no sean pagos por el seguro medico. Autorizo el uso de esta firma para enviar todos mis cargos al seguro. Yo le notificare al SNHD en forma escrita de cualquier cambio de la cobertura de mi seguro o la de mi hijo menor de edad. Esta autorización será vigente hasta que se haya cumplido completamente o hasta que sea revocada por escrito por mí.

Firma del paciente (o la parte responsable)

Fecha

Iniciales de SNHD



Registro de Administración de Vacunas y Consentimiento de su Información

Nombre del Paciente _____
Apellido Nombre Medio

Género: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Raza: Blanco Negro o Africo-Americano Indio Nativo Estadounidense o Nativo de Alaska Asian

Nativo Hawaii u otras Islas del Pacifico No Se

Grupo Étnico: Hispano o Latino No Hispano o No Latino No Se

¿Tiene usted seguro médico? No Sí ¿qué tipo?: _____

¿Si su hijo/hija es elegible para Nevada Medicaid/Nevada Check-Up le gustaría un físico gratis de niño(a) sano? No Sí

VFC Elegibilidad (Solo para la oficinista):

Not Eligible No Insurance Underinsured Native American or Alaskan Native NV Medicaid NV Check-Up

¿Trajo su registro de vacunas o el de su niño hoy? No Sí

Es importante que tenga usted un registro personal de sus vacunas. Si usted no tiene una de registro, pídale que la enfermera le de una. Traiga la registro cada vez que venga por servicio médico. Asegúrese que el personal de asistencia médica anote todas las vacunas recibidas en la registro. Su hijo necesitará esta registro para entrar en la guardería, el kindergarten, colegio, etc.

El siguiente formulario nos ayudará a determinar cuales vacunas le pueden ser aplicadas hoy. Si tiene duda o alguna pregunta, pídale una explicación a la enfermera.

¿LA PERSONA QUE RECIBIRÁ...	Sí	No	No Se
1. ¿Está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico al látex, a algún medicamento, alimento o a alguna vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción severa después de recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido algún problema de salud relacionado con los pulmones, el corazón, el riñón, una enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), asma o algún trastorno de la sangre? ¿Recibe un tratamiento a base de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si su niño tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿durante los últimos 12 meses, le ha indicado un proveedor de servicios de salud que él presenta silbidos o asma ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sido diagnosticado con cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema Inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Está tomando cortisona, prednisone, algún otro esteroide, medicamentos anti-cáncer o tratamientos con rayos X?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o productos derivados de la sangre, o ha recibido Un medicamento llamado immune (gama) globulina en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido convulsiones o problemas del cerebro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se ha vacunado o sometido a algún examen cutáneo en las últimas cuatro (4) semanas o le han indicado realizarse un examen cutáneo para detectar tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para niñas/mujeres mayores de 9 años:	Sí	No	No Se
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está tratando de quedar embarazada en los próximos 28 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aconsejado para evitar embarazo dentro de los próximos 28 días: Cuide inicial _____ / Inicial de cliente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consentimiento de su Información: He leído o se me ha explicado la información contenida en la Declaración(s) de Información de Vacunas acerca de la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s). He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y pido que la(s) vacuna(s) indicada(s) al reverso se me aplique(n) o se le aplique(n) a la persona nombrada arriba por la cual estoy autorizado para hacer esta solicitud.

La firma de: El cliente (18 años de la edad y más viejo) Padre Guardián

FIRME AQUÍ.: _____ Fecha _____

COMPLETE LA PARTE SUPERIOR DE ATRÁS (NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO)→

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
 Apellido Nombre Mes Día Año

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Vaccine	Date Given	Dose #	Mfg & Lot #	Site	Route	VIS Date	Administered by (Name/Title)
DTaP				LA RA LT RT	IM	5-17-07	
DT				LA RA LT RT	IM	05-17-07	
Td				LA RA LT RT	IM	02-24-15	
Tdap Adacel Boostrix				LA RA LT RT	IM	02-24-15 02-24-15	
IPV				LA RA LT RT	IM SQ	11-08-11	
HIB Ped Vax Act hib				LA RA LT RT	IM	04-02-15 04-02-15	
MMR				LA RA LT RT	SQ	04-20-12	
Varicella				LA RA LT RT	SQ	03-13-08	
MMRV				LA RA LT RT	SQ	05-21-10	
Hep A				LA RA LT RT	IM	10-25-11	
Hep B				LA RA LT RT	IM	02-02-12	
Hep A/Hep B Twinrix				LA RA LT RT	IM	10-25-11 02-02-12	
Meningococcal Menveo , Menactra Menomune MenB				LA RA LT RT	IM SQ	10-14-11 10-14-11 08-14-15	
PCV13				LA RA LT RT	IM	11-05-15	
DTaP/IPV Kinrix				LA RA LT RT	IM	05-17-07 11-08-11	
DtaP/IPV/HIB Pentacel				LA RA LT RT	IM	05-17-07 11-08-11 04-02-15	
DTaP/IPV/Hep B Pedarix				LA RA LT RT	IM	05-17-07 11-08-11 02-02-12	
Pneumococcal Pneumovax				LA RA LT RT	IM SQ	04-24-15	
Rabies				LA RA LT RT	IM	10-06-09	
Rotavirus Rotateq Rotarix				ORAL	PO	04-15-15 04-15-15	
Flu				LA RA LT RT	IM IN	08-07-15	
Shingles Zostavax				LA RA LT RT	SQ	10-06-09	
Gardasil4 Gardasil9				LA RA LT RT	IM	5-17-13 04-15-15	
Smallpox				LA RA LT RT	ID		
Typhoid				LA RA	IM	05-29-12	
Yellow Fever				LA RA	SQ	03-30-11	
Newborn Screening							
Multi-Vaccine VIS						11-05-15	

Record # _____ Return Date: _____ VIS Given _____ Clerk _____ Clinician _____

Clinic Location: Main ELV Hend Mesquite _____

Reviewed by _____ RN / LPN Date: _____