

## HISTORIAL DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

Salud Pública del Condado de Foster  
881 Calle Principal, Carrington, ND 58421  
(701)652-3087

NAME LABEL

Número de identificación de la clínica: 46

|                                      |                                                                                                                             |                                                                                                 |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nombre de pila del paciente:         |                                                                                                                             | Segundo nombre del paciente:                                                                    |                    | Apellido del paciente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| Nombre de soltera u otros alias:     |                                                                                                                             |                                                                                                 |                    | Raza: (Marcar casilla) <input type="checkbox"/> Blanco<br><input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Asiático<br><input type="checkbox"/> Negro o afroamericano<br><input type="checkbox"/> Hawaiano nativo (otros isleños del Pacífico)<br><input type="checkbox"/> Otros _____ |  |
| Edad:                                | Fecha de nacimiento:                                                                                                        | Género del paciente:<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| Número de teléfono principal:        | Tipo de número de teléfono:<br><input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Obra | Hispanos o latinos:<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| Dirección (calle o apartado postal): |                                                                                                                             | Ciudad:                                                                                         | Estado donde vive: | Código postal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Condado de Residencia:               |                                                                                                                             | Estado de nacimiento: País de nacimiento:                                                       |                    | Correo electrónico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| Nombre del contacto de emergencia:   |                                                                                                                             | Relación de contacto de emergencia:                                                             |                    | Teléfono de contacto de emergencia:                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |

### Información sobre seguros

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                       |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VFC ELEGIBLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> VFA ELIGIBLE | <input type="checkbox"/> NOT VFC ELEGIBLE <input type="checkbox"/> NOT VFA ELEGIBLE |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Sin seguro<br><input type="checkbox"/> Seguro insuficiente (vacunas no cubiertas por el seguro)<br><input type="checkbox"/> Nativos americanos <input type="checkbox"/> Medicaid Número : _____                                                                                              |                                       | <input type="checkbox"/> Asegurados<br>Nombre y estado de origen del seguro: _____  |
| Titular de la póliza de seguro: Nombre de pila: _____ Segundo nombre: _____<br>Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____<br>Póliza de seguro Número: _____ Titular de la póliza: ¿Dirigirse al mismo que el cliente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Por favor, proporcionen si es diferente: _____ |                                       |                                                                                     |

### Preguntas de cribado para la persona que debe vacunarse

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Estás enfermo hoy?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO |
| ¿Tienes alergias a medicamentos, alimentos, algún componente de vacuna o látex?<br>Lista:                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO |
| ¿Alguna vez has tenido una reacción grave después de recibir una vacuna?                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO |
| ¿Tienes algún problema de salud a largo plazo con el corazón, pulmón, riñón, hígado, sistema nervioso, o alguna enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), asma (o sibilancias en los últimos 12 meses), un trastorno sanguíneo, ausencia de bazo, implante coclear, fuga de líquido cefalorraquídeo o recibir medicamentos con aspirina o salicilatos? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO |
| ¿La persona que va a vacunarse, sus padres, hermanos o alguien con quien tiene contacto cercano tienen cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario o condición inmunocomprometida?                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO |
| En los últimos 6 meses, ¿has tomado medicamentos que afectan al sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides, fármacos para el tratamiento del cáncer, artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, psoriasis o has recibido radioterapia?                                                                                                           | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO |

## HISTORIAL DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

Salud Pública del Condado de Foster  
881 Calle Principal, Carrington, ND 58421  
(701)652-3087

NAME LABEL

Número de identificación de la clínica: 46

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿La persona que va a vacunarse, sus padres o hermanos, ha tenido una convulsión, problemas cerebrales u otros problemas del sistema nervioso, incluido el síndrome de Guillain-Barré (polio paralizante)?                                                                                         | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO |
| En el último año, ¿has recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos o te han administrado globulina inmunitaria (gamma) o algún antiviral (incluido antiviral antigripal en las últimas 3 semanas)?                                                                                  | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO |
| ¿Alguna vez te han diagnosticado una enfermedad cardíaca (por ejemplo, miocarditis) o has tenido Síndrome Inflamatorio Multisistémico (MIS-A/C) tras una infección con el virus que causa la COVID-19?                                                                                            | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO |
| ¿Estás embarazada o podrías quedarte embarazada en los próximos 3 meses?                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO |
| ¿Has recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO |
| ¿Estás experimentando actualmente un episodio agudo de herpes zóster?                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO |
| Para los bebés: ¿Alguna vez os han dicho que el niño tenía intussuscepción?                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO |
| ¿Actualmente fumas, masticas, vapeas, usas productos que contengan nicotina o has estado expuesto al humo de segunda mano? <b>¿Se acepta la derivación para ayudar a dejar la nicotina?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Derivación denegada | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO |
| ¿Eres un antiguo fumador, consumidor de nicotina electrónica, o de algún usuario de productos que contenga nicotina? <b>Fecha en la que dejaste de fumar?</b>                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO |

### **CONSENTIMIENTO/RECONOCIMIENTO, AUTORIZACIÓN Y CESIÓN DE BENEFICIOS**

**(Por favor, inicializa las tres líneas de abajo y luego signa en la parte inferior de la página)**

\_\_\_\_\_ Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra necesaria para tramitar esta reclamación. Consiento la entrada de datos en el registro NDIIS (Sistema de Información de Inmunización de Dakota del Norte). La información recogida en este formulario se utilizará para documentar la autorización de la recepción de la(s) vacuna(s). La información puede compartirse a través del Sistema de Información de Inmunización de Dakota del Norte (NDIIS) con otras entidades conforme al Código del Siglo 23-01-05.3 de Dakota del Norte.

\_\_\_\_\_ Se ha proporcionado una copia de la Declaración de Información sobre Vacunas (VIS) correspondiente de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades o de la Hoja Informativa de Autorización de Uso de Emergencia (EUA). He leído, o me han explicado, la información sobre la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) mencionadas. Hubo la oportunidad de hacer preguntas, y todas fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) citada(s) y solicito que se me administre a mí o a la persona mencionada anteriormente (para quien estoy autorizado para hacer esta solicitud).

\_\_\_\_\_ Si soy el paciente, o una persona legalmente obligada a pagar por los servicios médicos prestados al paciente o un garante del pago, acepto pagar y soy responsable financieramente de los cargos establecidos por la Unidad Local de Salud Pública que se proporcionan al paciente y que no estén cubiertos por un tercero. Asigno y autorizo a cualquier asegurador o pagador externo a realizar el pago directo a la Unidad Local de Salud Pública de todos los beneficios que se paguen por la atención del paciente. (Menor no puede firmar).

X

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona responsable

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento: