



(FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE)

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Edad

Género: M/ F Raza Etnicidad Fecha de Nacimiento Mes/ Día /Año

Dirección Ciudad Estado Colonia o Fraccionamiento Código Postal Número de Teléfono

Nombre de la Mamá: Apellido de Soltera: Fecha de Nacimiento: Mes/ Día /Año Nombre del Padre:

TVFC ELEGIBILIDAD (Pts. 0-18 años SOLAMENTE)

- Tiene Medicaid
Tiene seguro de CHIP
No tiene seguro médico
Es Indio Americano o Nativo de Alaska
Está subasegurado (tiene seguro médico pero la cobertura no incluye vacunas; el seguro cubre sólo algunas vacunas)
Tiene seguro privado que cubre las vacunas (No elegible para vacunas de TVFC)

Pacientes de 19 Años ó Mayores

- No tiene seguro médico
Seguro médico privado (BC/BS, Aetna, etc...) Si No

SEGURO MEDICO

- Medicaid: Si No Si, #
Medicare: Si No Si, #
CHIP: Si No Si, #
WIC: Si No

HISTORIA MÉDICA

- ¿El Niño/Adulto está enfermo? Sí No
¿El Niño/Adulto es alérgico a algún medicamento, comida o vacuna? Sí No
¿Ha tenido el Niño/Adulto alguna reacción seria a las vacunas en el pasado? Sí No
¿Tiene el Niño/Adulto problemas de los riñones, pulmones, cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema de salud? Sí No
¿Ha sufrido el Niño/Adulto convulsiones o problemas del cerebro? Sí No
¿Ha tomado el Niño/Adulto cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos anticáncer o ha estado expuesto a un tratamiento con rayos X durante los últimos 3 meses? Sí No
¿Ha recibido el Niño/Adulto una transfusión de sangre o productos de sangre o se ha dado inmunoglobulina (gamma) en el año pasado? Sí No
¿Esta la Niña/Adulta embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? Sí No
¿Ha recibido el Niño/Adulto alguna vacuna durante las últimas 4 semanas? Sí No
¿Su Niño/Adulto ha tenido varicela? Sí No

SI, ¿a qué edad? Mes / Día / Año

CONSENTIMIENTO DEL PADRE / TUTOR

Recibí o se me ofreció una hoja con información sobre cada vacuna (VIS). Conozco los riesgos de las enfermedades que cada vacuna previene. Conozco los beneficios y riesgos que estas vacunas tienen. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades, las vacunas y como son administradas las vacunas. Sé que la persona que esta recibiendo la vacuna la tendrá en su cuerpo para prevenir una enfermedad contagiosa. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada arriba. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

¿Podremos contactarlo, ya sea por mensaje de texto o correo electrónico, para recordarle de futuras citas o recordatorios cuando una vacuna es necesaria? (cargos pueden aplicar dependiendo de su plan de teléfono celular) SI NO

Numero de Tel: E-mail

NOTA: Falsificar intencionalmente la información en este documento constituye un fraude. Al firmar el formulario, doy fe de que la información de arriba es verídica y correcta. Declaro que la persona antes mencionada es la persona autorizada y reúne los requisitos para recibir vacunas por medio del TVFC.

Certifico que he recibido una copia de la \*\*\* "Notificación de Practicas de Privacidad del Departamento de Salud Pública de El Paso" \*\*\*

Firma: Parentesco con el Paciente: Fecha

**\*\*\* Para Uso De La Clínica Solamente \*\*\***

I certify any services for CHIP members will be billed to CHIP  Yes  No

TVFC/ASN Eligible  Yes  No

Clerk Initials: \_\_\_\_\_

| <u>Date Given</u> | <u>Vaccine Given</u>   | <u>Mfg.</u>                         | <u>VIS Date</u> | <u>Lot #</u> | <u>Site Used</u> | <u>Adm. Initials</u> |
|-------------------|--|-------------------------------------|-----------------|--------------|------------------|----------------------|
|                   | <b>Pediarix</b> 6wk-6yrs<br><i>DTaP/HepB/IPV</i>                   | GSK                                 |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>KINRIX</b> 4-6yrs<br><i>DTaP/IPV</i>                            | GSK                                 |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>Pentacel</b> 6wk-5yrs<br><i>DTaP-IPV/HIB</i>                    | Sanofi                              |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>DTaP</b> 6wk-6yrs   | GSK<br>Sanofi                       |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>HEP A</b> 1-18yrs   | GSK/Merck                           |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>HEP B</b> 0-18yrs   | GSK/Merck                           |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>PCV-13</b> <5yrs<br><i>(6-18 risk based)</i>                    | Pfizer                              |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>HIB</b> 6wk-<5yrs   | Sanofi                              |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>Rotavirus</b><br><i>6wks-8 months 0 days</i>                    | Merck                               |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>IPV</b> 6wk-17yrs   | Sanofi                              |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>ProQuad</b> 1-12yrs<br><i>MMR/VAR</i>                           | Merck                               |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>MMR</b> ≥1yrs   | Merck                               |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>Varicella</b> ≥1yrs   | Merck                               |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>Pedi Flu</b><br><i>6mos-18yrs</i>                               | GSK                                 |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>Adult Flu</b> (≥19<br><i>yrs</i> )                              |                                     |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>Adult Flu-High<br/>dose</b> (65+)                               |                                     |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>Hep A</b> (≥19 yrs)   | GSK/Merck                           |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>Hep B</b> (≥19 yrs)   | GSK/Merck                           |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>Twinrix</b> (≥19 yrs)   | GSK                                 |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>HPV</b> 9-26yrs   | Merck                               |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>MCV4</b> 11-21yr<br><i>(≥2yrs risk based)</i>                   | Sanofi                              |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>MEN-B</b> 16-18yr<br><i>(10-18yrs risk based)</i>               | Bexsero—GSK<br>Trumenba--<br>Pfizer |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>PCV-13/PCV-20</b><br><i>ADULT ≥65yrs (19-64<br/>risk based)</i> | Pfizer                              |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>PNEUMO-23</b><br><i>ADULT ≥ 65yrs (2-64<br/>risk based)</i>     | Merck                               |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>Tdap (boostrix)</b><br>≥7yrs                                    | GSK                                 |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>Tdap (adacel)</b><br>≥7yrs                                      | Sanofi                              |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>Td</b> ≥7yrs  | Sanofi                              |                 |              |                  |                      |
|                   | <b>Zoster</b> ≥50yrs   | GSK                                 |                 |              |                  |                      |