



# Departamento de Salud de El Paso

## Inmunización

Solamente para uso de nuestras clinicas:

Favor de usar letra de molde

<b>Apellido</b> ↪	<b>Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>	<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Amerindio /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo/Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Negro or Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra <b>Origen étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Se negó a contestar <input type="checkbox"/> Desconocido <b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
<b>Fecha de Nacimiento</b> (mes/día/año) ↪	<b>Edad</b>	<b># de Telefono</b>	
<b>Dirección</b> ↪	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	
<b>Código Postal</b>	<b>Condado</b>	<b>Correo Electronico:</b>	
<b>NOMBRE DE LA MAMA:</b> ↪	<b>APELLIDO DE SOLTERA DE MAMA:</b>		

SOLO para clientes de 0 -18 años

SOLO para clientes de 19 años y arriba

**Elegibilidad TVFC**

Marque solo **UNO** de los siguientes:

- Inscrito en Medicaid # \_\_\_\_\_
- No tengo Seguro Medico
- Amerindio or Nativo de Alaska
- Inscrito en CHIP # \_\_\_\_\_
- Seguro Médico Insuficiente (tengo aseguranza privada pero sin cobertura de vacunas)

**Elegibilidad ASN**

Marque solo **UNO** de los siguientes:

- No tengo Seguro Medico
- Referido al programa para terminar la serie completa de vacunas que empeze cuando tenia 18 años o menos y cumpla los requisitos para participar en el programa de TVFC
- Declaro que cumpla los requisitos para recibir vacunas de ASN bajo el Programa de Iniciativa special/Ayuda en caso de Desastre/Pandemia

**SOLO PARA LA VACUNA DE COVID-19**

- Seguro Privado - No cubre vacuna contra el COVID-19

### Historia Médica y Social

1.	El Niño/Adulto está enfermo?	SI	NO
2.	El Niño/Adulto es alérgico a algún medicamento, comida o vacuna?	SI	NO
3.	Ha tenido el Niño/Adulto alguna reacción seria a las vacunas en el pasado?	SI	NO
4.	Tiene el Niño/Adulto problemas de los riñones, pulmones, cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema de salud?	SI	NO
5.	Ha sufrido el Niño/Adulto convulsiones o problemas del cerebro?	SI	NO
6.	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?.....	SI	NO
7.	Ha recibido el Niño/Adulto una transfusión de sangre o productos de sangre o se ha dado inmunoglobulina (gamma) en el año pasado?	SI	NO
8.	Ha recibido el Niño/Adulto alguna vacuna durante las últimas 4 semanas?	SI	NO
9.	Su Niño/Adulto ha tenido varicela? SI, ¿a qué edad? Mes / Día / Año _____	SI	NO
10.	El paciente es Veterano?	SI	NO
11.	Recibes servicios de WIC?	SI	NO
12.	Esta la Niña/Adulta embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	SI	NO
13.	Fecha de último ciclo menstrual normal: (mes/día/año) _____ cuanto duro?: _____ (# días) Normal/Abnormal Consistencia: Normal/Abnormal		

### Consentimiento del Padre/Tutor

Recibi 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

**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 y vacunas ASN.

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

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Relacion al Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_