Departamento de Salud del Condado de Chautauqua
Formulario de Admisión a la Clínica de Vacunación

POR FAVOR, COMPLETE UN FORMULARIO ENTERO POR CADA PERSONA QUE RECIBA VACUNAS

*Información acerca de la persona que recibirá las vacunas (**Por favor, escriba en letra de imprenta**):*

¿Esta persona ha sido atendida antes en alguna Clínica de Vacunación del Condado de Chautauqua? Sí No			
Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Apellido de soltera:
Fecha Nacimiento (FN o DOB):	Edad:	Sexo: M F	¿Esta persona ha recibido alguna vacuna bajo un apellido diferente? Si responde, Sí, indique el apellido:
Nombre de soltera de la madre: Nombre: Apellido:	Fecha Nac. de la madre (DOB):	Si la persona que recibirá la vacuna es melliza o trilliza, por favor, indique el orden de nacimiento: 1 2 3	
¿Quién es responsable por la persona que recibe la vacuna? Por favor, marque una de las siguientes opciones: Él o ella mismo/a Madre Padre Tutor Otro familiar Ninguno de los anteriores Nombre de la persona responsable (si no es ella misma) Nombre: Apellido:			
Teléfono: ( )	Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	

Persona que recibirá la vacuna (marque uno):

1. Inscripto en Medicaid/ Medicaid Managed Care
2. No asegurado/ Sin seguro
3. Americano nativo (indígena)/ Nativo de Alaska
4. Seguro que cubre muy poco y no es elegible para 1, 2, o 3 citados anteriormente
5. No es elegible (el seguro cubre las vacunas)
6. Child Health Plus B

¿La persona que recibirá la vacuna ha tenido alguna vez varicela? Si responde, Sí, por favor cite el mes y el año:	Raza (marque una sola casilla): Americano nativo/nativo de Alaska Hispano Asiático o Isleño del Pacífico Negro, no de origen hispano Blanco, no de origen hispano Otro o desconocido
Nombre del médico y dirección:	¿Se ha dado consentimiento para que la vacunación se registre en el Registro Confidencial de NYS? Sí No No lo sé
Si a la persona se le han vencido sus vacunas, ¿podemos enviarle recordatorios? Sí No	

Información médica acerca de la persona que recibirá la vacuna:

Por favor, responda cada pregunta marcando (Y) en la casilla que corresponda	Sí	No	No sabe
¿La persona que recibirá la vacuna está enferma hoy?			
¿La persona que recibirá la vacuna es alérgica a medicamentos, alimentos o alguna vacuna?			
¿La persona que recibirá la vacuna ha presentado alguna reacción seria a la vacuna en el pasado?			
¿La persona que recibirá la vacuna ha tenido convulsiones, problemas cerebrales o el síndrome de Guillain-Barre□?			
¿La persona que recibirá la vacuna tiene cáncer, leucemia, SIDA, o algún otro problema del sistema inmunológico?			
¿La persona que recibirá la vacuna ha recibido cortisona, prednisona, otros esteroides, o drogas anti-cancerígenas, o ha recibido radioterapia en los últimos 3 meses?			
¿La persona que recibirá la vacuna ha recibido alguna transfusión de sangre o productos de la sangre, o ha recibido medicamentos llamados inmuno (gamma) globulina, el último año?			
¿La persona que recibirá la vacuna está embarazada o existe alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?			
¿La persona que recibirá la vacuna ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas?			
¿El niño que recibirá la vacuna tiene problemas digestivo o antecedentes de obstrucción intestinal?			