



(FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE)

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Edad

Género: M/ F Raza 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

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

SEGURO MEDICO

El paciente recibe cualquiera de los siguientes:

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

HISTORIA MÉDICA

- 1. ¿El Niño/Adulto está enfermo? Sí No
2. ¿El Niño/Adulto es alérgico a algún medicamento, comida o vacuna? Sí No
3. ¿Ha tenido el Niño/Adulto alguna reacción seria a las vacunas en el pasado? Sí No
4. ¿Tiene el Niño/Adulto problemas respiratorios, cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico? Sí No
5. ¿Ha sufrido el Niño/Adulto algún ataque o problema del cerebro? Sí 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? Sí 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? Sí No
8. ¿Esta la Niña/Adulta embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? Sí No
9. ¿Ha recibido el Niño/Adulto alguna vacuna durante las últimas 4 semanas? Sí No
10. ¿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.

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 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-6y <i>Dtap/HepB/IPV</i>	GSK				
	<b>KINRIX</b> 4-6y <i>DTaP/IPV</i>	GSK				
	<b>Pentacel</b> 6wk-5y <i>Dtap-IPV/HIB</i>	Sanofi				
	<b>DTaP</b> 6wk-6y	GSK Sanofi				
	<b>HEP A</b> 1-18y	GSK Merck				
	<b>HEP B</b> 0-18y	GSK Merck				
	<b>PCV-13</b> <5y	Wyeth				
	<b>HIB</b> <5y	Sanofi				
	<b>Rotavirus</b> 6-32wks	GSK Merck				
	<b>IPV</b> 6wk-18y	Sanofi				
	<b>ProQuad</b> 1-12y <i>MMR/VAR</i>	Merck				
	<b>MMR</b> 1y>	Merck				
	<b>Varicella</b> 1y>	Merck				
	<b>Pedi Flu</b> <3yr	Sanofi				
	<b>Flumist</b> 2-18y	Medimmune				
	<b>Flu</b> >3yr	Sanofi				
	<b>Hep A</b> 19>	GSK				
	<b>Hep B</b> 20>	Merck				
	<b>Twinrix</b> 18>	GSK				
	<b>HPV</b> 9-26y	GSK Merck				
	<b>MCV4</b> 11-55y	Sanofi				
	<b>Tdap</b> 10-64y	GSK				
	<b>Adacel</b> 11-64y	Sanofi				
	<b>Td</b> 7-10y-65>	Sanofi				
	<b>PNEUMO-23</b> <i>ADULT</i>					
	<b>Zoster</b> 60>	Merck				
	<b>PPD</b>					