

Nombre del paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___ **Edad:** ___
Domicilio: _____ **#:** _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
Nº. Telefónico: (____) _____ - _____ **Email:** _____ **Género:** Masc Fem
Raza (Marque uno): Afroamericano, Asiático, de las islas del Pacífico, Blanco, Nativo de Alaska, Nativo Americano, Otro **Etnicidad:** Hispano Sí No
Utah Medicaid? Sí No **Medicare?** Sí No **Social Security #:** _____ - _____ - _____
¿Tiene seguro médico? Sí No **Tipo:** _____ **ID #:** _____ **# de Grupo:** _____

Nombre del Titular de Póliza: _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___ **Relación:** _____
Nº. Telefónico: (____) _____ - _____ **Domicilio:** _____

Favor de contestar las siguientes preguntas con respecto a la persona que recibirá las vacunas

		Sí	No
¿Está enfermo(a) y/o ha tenido fiebre en las últimas 24 horas?			
¿Tiene alguna enfermedad crónica?			
¿Si es menor de 5 años, ¿tiene sibilancias recurrentes?			
¿Tiene alergias a medicamentos, comida, latex o a alguna vacuna?			
¿Ha tenido alguna reacción seria a alguna vacuna en el pasado?			
¿Ha sufrido de convulsiones, el síndrome de Guillain-Barre u otros problemas del sistema cerebral o nervioso?			
¿Actualmente tiene o vive con alguien que tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA u otros problemas del sistema inmunológico?			
¿En los últimos 3 meses, ha tomado medicamentos que debilitan su sistema inmunológico tales como cortisona, prednisona, otros esteroides, drogas contra el cáncer o ha recibido tratamientos de radiación?			
¿Es un niño o adolescente recibiendo terapia de aspirina?			
¿Ha recibido transfusión de sangre o productos de sangre, o ha sido dado inmunoglobina (gamma) en el último año?			
Si es mujer, ¿está embarazada o en riesgo de quedar embarazada dentro del siguiente mes?			
¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?			
¿Ha tenido en el pasado varicela/lechina?			

Si la persona que recibirá las vacunas está aquí para una vacuna de COVID-19, favor de contestar las siguientes preguntas además de las de arriba. Si no está aquí para la vacuna de COVID-19, puede saltarse a la sección de la firma.

		Sí	No
¿Ha tenido una reacción alérgica a una vacuna de mRNA COVID-19 o a alguno de sus componentes, incluyendo el polietilenglicol (PEG) o polisorbato? <input type="checkbox"/>			
¿Ha tenido una prueba positiva de COVID-19 durante la última semana?			
¿Ha recibido medicamentos para el tratamiento o prevención de COVID-19 durante las últimas dos semanas?			
¿Ha recibido una diagnosis de MIS-C o MIS-A durante los últimos 90 días? (síndrome inflamatorio multisistémico)			
¿Ha recibido una vacuna de COVID-19 anteriormente? Tip de vacuna(fabricante) y Fecha:			
¿Tiene menos de 18 años? ¿Si la respuesta es "sí", cuantos años tiene?			

Se me ha dado una copia y he leído o se me ha explicado la información contenida en la **Declaración de Información de Vacuna(s)** sobre la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s). Cualquier pregunta que tuve fue contestada a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) indicada(s) sea(n) dada(s) a mí o a la persona a la que estoy autorizado(a) para hacer esta solicitud. Certifico que he recibido una copia o se me ha dado la oportunidad de leer el **Aviso de Prácticas de Privacidad**. Estoy de acuerdo en que las vacunas pueden ser compartidas con escuelas, centros de día/guarderías, proveedores de salud y otros para verificar el estado de inmunización, para estudios de salud pública, o cuando sea médicamente necesario. Yo libero al gobierno del condado de Utah y sus empleados de todas las reclamaciones derivadas de este tipo de vacunas.

JURISDICCIÓN y COMPETENCIA Los términos y condiciones contenidos en este acuerdo se regirán por las leyes del estado de Utah y se entenderán e interpretarán de acuerdo con esas leyes. Cualquier acción o procedimiento de cualquiera de las partes que se basa en o se deriva de, o de cualquier manera relacionados con este acuerdo se llevarán ante un tribunal de jurisdicción competente en el estado de Utah. Las partes consienten a su jurisdicción personal de dichos tribunales.

Entiendo que mi cobertura de seguro de salud podría tener ciertas restricciones y limitaciones. Estoy de acuerdo en pagar la cantidad completa de cualquier y todos los cargos relacionados, si no están cubiertos por mi seguro por cualquier motivo. Si no llevo a pagar por estos servicios y cargos dentro de los 90 días de recibir el aviso de que los cargos no están cubiertos por alguna razón, mi cuenta será entregada a una agencia de cobros. Yo estoy de acuerdo expresamente con pagar todos los costos de gastos de cobranza, incluyendo una colección adicional de 18%. También estoy de acuerdo en pagar todos los costos judiciales y honorarios de abogados de una acción legal si fuese necesaria.

SI RECIBO VACUNAS CONTRA LA FIEBRE AMARILLA, LA TIFOIDEA, LA ENCEFALITIS JAPONESA o LA RABIA, UNA EVALUACIÓN DE RECIÉN NACIDO o UNA PRUEBA DE TUBERCULOSIS yo reconozco que he elegido ser visto como un **PACIENTE QUE PAGA POR CUENTA PROPIA** y que el Departamento de Salud del Condado de Utah NO facturará mi seguro por las vacunas o servicios mencionados. Si opto por solicitar el reembolso de mi seguro, el Departamento de Salud del Condado de Utah no es responsable de cualquier cantidad que mi compañía de seguros no compense. Yo estoy de acuerdo de asumir toda la responsabilidad financiera y de pagar al Departamento de Salud del Condado de Utah el importe total a pagar en el momento del servicio.

Nombre Escrito: _____ **Relación al Paciente:** _____

Date printed on Vaccine Information Sheet: MULTI VACCINES 10/15/21; CHOLERA 10/30/19; DTAP/DT 8/06/21; HEP A 10/15/21; HEP B 10/15/21; HIB 8/06/21; HPV9 8/06/21; IG 5/1/94; INFLUENZA 8/06/21; JE 8/15/19; MENACWY 8/06/21; MEN B 8/06/21; MMR 8/06/21; MMRV 8/06/21; PPSV23 10/30/19; PCV 2/04/22; POLIO 8/06/21; PPD 10/2011; RABIES 6/2/22; ROTAVIRUS 10/15/21; SHINGLES 2/04/22; SMALLPOX/MONKEYPOX 8/23/22; TD or TDAP 8/06/21; TYPHOID 10/30/19; VARICELLA 8/06/21; YELLOW FEVER 4/01/20

Vaccine	Category	Site	Lot #	Dose	Price	Date of Service: / /
FLU						NOTES:
						INSURANCE VFC Eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
						Payment Information <input type="checkbox"/> Check# _____ <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Voucher <input type="checkbox"/> C/C App# _____
						Amount Paid Operator ID

Total Costs for Today's Vaccines/Insurance Provider/ Contract _____

Nurse One ID#: _____ **Nurse Two ID#:** _____ Live Vaccine Wait 15 min