

Apellido (Letra de molde)		Nombre		2nd Nombre		Fecha De Nacimiento		Edad		Genero: <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Masc.	
Dirección			Cuidad			Condado			Estado		
Número de Teléfono <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa		Seguro Social (Opcional)		Etnia: Origen Hispano <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro Isleño Pacífico		Código Postal			
Lenguaje: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado Legal		Lugar de Nacimiento:							
¿Nos da permiso contactarlo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Ingreso Bruto Anual (opcional): \$ _____		¿Cuántas personas en su hogar se mantienen con este ingreso? _____		Correo Electrónico: _____					

Necesario Para Menores

Nombre de la Madre:	Apellido De Soltera:
Nombre del Padre:	

Información De Seguro Medico

¿El paciente tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Proporcione su plan de seguro:	
<input type="checkbox"/> Medicaid/SoonerCare	Numero de Medicaid:	Nombre y Apellido (Como Esta En Su Tarjeta)	Apellido de Soltera de la madre:
<input type="checkbox"/> Seguro Privado	Seguro Medico	Nombre del Titular:	Numero de Grupo:
<input type="checkbox"/> Medicare	Tiene Medicare: Part B: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Part D: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Numero De Medicare:	Numero de Póliza:

Consentimiento: Yo, el firmante, doy mi consentimiento para los servicios que estoy solicitando al Departamento de Salud de Tulsa y a sus entidades/contratistas. Yo, reconozco que recibí la hoja Informativa Del Fabricante de la vacuna para los riesgos y beneficios de recibir la vacuna y también tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre las vacunas. Yo, entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito que se me administre la vacuna o a la persona para la que estoy autorizado a dar mi consentimiento. He revisado el Aviso de Practicas de Información de Salud (HIPAA) y entiendo que la información puede ser proporcionada a funcionarios de salud pública, profesionales de la salud y entidades de procesamiento de seguros.

Yo autorizo a THD mandar cobrar mi seguro médico (si es aplicable) por los servicios proveídos, yo también entiendo que soy responsable de cualquier porción no cubierta por mi seguro.

Firma (Paciente o Padre/Tutor Legal): _____ **Fecha:** _____

Requerido Para Menores De Edad **Nombre del Padre o Tutor Legal** (Letra de Molde) _____ **Relación con el menor:** _____

Vaccine	Lot #	Site	Vaccine	Lot #	Site	Vaccine	Lot #	Site
Dtap, Dtap-IPV, Dtap/Hep B/IPV			Hib, HPV 9, IPV			Rotavirus, RSV		
Dtap-HIB/IPV, Dtap/IPV/Hib/Hep B			MENB, MenQuadfi			TD, Tdap		
COVID			MMR, MMRV			Varicella		
Flu			PCV			Other:		
Hep A, Hep B, HepA/B			PCV20, PCV23			Other:		

Provider Signature: _____ **Date:** _____ **PHOCIS ID:** _____ **OSIS ID:** _____

Comment: _____ **Date Entry Completed on:** _____ **Clerk Int.:** _____

Lista de verificación de inmunizaciones para detectar contraindicaciones de las vacunas

Por favor conteste las preguntas para la persona que va a recibir vacunas.

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

		Sí	No	No sé
1.	¿Está enfermo hoy?			
2.	¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, componentes de alguna vacuna o al látex?			
3.	¿Ha tenido alguna reacción seria después de vacunarse en el pasado?			
4.	¿Tiene un problema de salud a largo plazo con una enfermedad pulmonar, cardíaca, renal o metabólica? Por ejemplo, diabetes, asma, un trastorno sanguíneo, ausencia de bazo, deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo.			
5.	¿Toma aspirina o salicilatos a largo plazo?			
6.	En los últimos 6 meses, ¿ha tomado medicamentos que afecten a su sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroideos o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o se ha sometido a tratamientos de radioterapia?			
7.	Durante el último año, ¿ha recibido sangre, un producto sanguíneo o inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral?			
8.	¿Ha sufrido usted, uno de sus padres o un hermano convulsiones o problemas cerebrales o del sistema nervioso?			
9.	¿Usted, sus padres o hermanos padecen de cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?			
10.	Para bebés solamente: ¿Ha tenido el niño invaginación intestinal (deslizamiento de una parte del intestino dentro de otra)?			
11.	¿Le han diagnosticado alguna vez una enfermedad cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha padecido el Síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C) tras una infección por el virus que causa COVID-19?			
12.	¿Ha recibido alguna vacuna durante las últimas 4 semanas?			
13.	Para mujeres a partir de los 10 años: ¿Está embarazada?			
14.	¿Se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de vacunarse?			

El cuestionario fue completado por:	Fecha:
El cuestionario fue revisado por:	Fecha:

Comentarios: _____