



**Registro De Administración De Vacunas
Pender Departamento De Salud Del Condado
803 S. Walker Street, Burgaw, NC 28425
910-259-1230**

DEVES COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMULARIO

La información colectada en este formulario será utilizada para documentar la autorización para recibir la(s) vacuna(s).

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Número de Seguro Social	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra	Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	
Raza (Marque toda respuesta que apliqué) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otras Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska			
Dirección		Asegurancia de Salud Incluya copia de la tarjeta <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Ninguna	
Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Número telefónico de la casa: () () ()		Número telefónico del trabajo () () ()	
Contacto de emergencia: Nombre y Apellido	Numero de Tel: () () ()	Relacion:	

MENOR SOLAMENTE: Apellido De Soltera De Mama:

FAVOR DE CONTESTAR LAS PREGUNTAS SIGUIENTES:

1. ¿Está usted embarazada? Sí NO
2. ¿Tiene alguna condición médica aguda o crónica tal como enfermedades del corazón, diabetes, asma, cáncer o alguna condición que afecte su sistema inmunológico? Sí NO
3. ¿Ha tenido antes una reacción a la dosis de la vacuna de la influenza (gripe)? Sí NO
4. ¿Tiene una alergia a los huevos? Sí NO

Yo/Designado como padre he recibido las "Declaraciones de Información Sobre las Vacunas" (VIS-por sus siglas en ingles) respecto las enfermedades y las vacunas.

He tenido la oportunidad de revisar el VIS y de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas y pido que las vacunas mencionadas abajas sean administradas a mí o la persona nombrada arriba por quien yo tengo la autorización de hacer esta solicitud.

FIRMA – Persona que recibirá la vacuna o persona autorizada para firmar en nombre del paciente X	Fecha de la firma
--	-------------------

FOR OFFICE USE ONLY

Eligibility: Medicare Medicaid Not Insured Underinsured NC Health Choice Insured _____

Payment: Amount Paid: \$ _____ Cash Credit Card Check

Vaccine	Trade Name	Lot #	VIS Pub. Date	Date VIS Presented	Body Route	Body Site*	mL.
Influenza			08/07/2015		IM	RV LV RD LD	
PNEUMOVAX			04/24/2015		IM / SQ	RV LV RD LD	
PREVNAR 13			11/05/2015		IM	RV LV RD LD	

* RV = Right Vastus Lateralis LV = Left Vastus Lateralis RD = Right Deltoid LD = Left Deltoid

Nurse Signature:	Date:
-------------------------	--------------

ADMINISTRATION FEE	VACCINE CODE		
90471 Administration 1 Vaccine	Clinic Type (Circle one): AH CH	State _____	PVT _____
90472 Administration 2+ Vaccine	90687 Multi-dose 6mos-35mos	90685 Preservative Free 6mos-35mos	90732 Pneumovax
90473 Admin. Nasal/Oral ONLY	90688 Multi-dose 3yrs & older	90686 Preservative Free 3yrs & older	90670 Prevnar 13
90474 Admin. Nasal/Oral add-on	90662 <u>High Dose</u> – 65+ Only	90682 Flublok - 50-64 yrs	90672 Flumist
G0008 Flu Admin.- <u>Medicare</u> Only			
G0009 Pneumonia- <u>Medicare</u> Only			

DIAGNOSIS	Z23– Influenza	Z23 – Pneumonia
------------------	-----------------------	------------------------