



# VACCINE ADMINISTRATION RECORD

PARA LA PERSONA RECIBIENDO VACUNAS  
FAVOR DE COMPLETAR EL FORMULARIO CON LETRA LEGIBLE  
{Write or stamp health department address to the right.}

Nombre del paciente. Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Edad: \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses  
 Tipo de dirección:  Casilla postal  Calle  
 Calle #: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Apellido de soltera de la madre: (Opcional): \_\_\_\_\_  
 Raza:  India americana/Nativo de Alaska  Asiática  Blanca  
 Negra/Afroamericana  Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico  
 Etnicidad: ¿Hispano?  Sí  No  
 Idioma que hable: \_\_\_\_\_ Idioma que escribe: \_\_\_\_\_  
 Número de Medicaid: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social:(Opcional) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Formato Alternativo?  Sí  No Si dijo sí, especifique: \_\_\_\_\_ (Ejemplo: cinta grabada, letras grandes o presentación verbal)  
 La clínica me ha proporcionado información acerca de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico, HIPAA.

Entiendo que mi número de seguro social será usado para asegurarse de que la información en mi registro de vacunación pueda ser comparada con otra información de vacunas recibida a través de otros sistemas. Esto permitirá que mi registro de vacunación este al día y evitará el sobre uso de vacunas. Entiendo también que si rehusó proveer el número de mi seguro social, esto no afectara el trato y servicios que reciba.

He recibido, leído y se me ha explicado el Documento de Información sobre Vacunas acerca de las vacunas que se van a administrar. Pido que se administren las vacunas a mí o a la persona mencionada anteriormente por la cual se me esta permitiendo hacer esta petición. Mi parentesco con el cliente: \_\_\_\_\_. Permito dar toda la información que se necesite para procesar reclamos de mi seguro y el pago de beneficios médicos. He dado una copia de mi tarjeta de seguro medico actual. También le permito al Departamento de Servicios Humanos de Oregon usar y divulgar dicha información con el fin de pasar la cuenta de pago por las vacunas recibidas.

Imprima su nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## PREGUNTAS NECESARIAS ANTES DE RECIBIR INYECCIONES - MARQUE SÍ O NO

Las preguntas que se encuentran a continuación nos ayudarán a decidir qué vacunas pueden ser administradas el día de hoy. Si necesita ayuda con estas preguntas, por favor, pídale ayuda a algún empleado de la clínica.

1. ¿Se encuentra el paciente enfermo el día de hoy?..... Sí  No
2. ¿Ha tenido este paciente alguna reacción mala a alguna vacuna en el pasado?..... Sí  No
3. ¿Ha tenido este paciente algún ataque o problema cerebral?..... Sí  No
4. ¿Tiene el paciente cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?..... Sí  No
5. ¿Ha tomado el paciente cortisona, prednisona u otros esteroides, drogas contra el cáncer, o ha recibido tratamiento de radiación en los últimos tres meses?..... Sí  No
6. ¿Ha recibido el paciente sangre /productos de sangre o globulina inmune en el año pasado?..... Sí  No
7. ¿Está la paciente embarazada o existe la posibilidad de quedar embarazada el mes próximo?..... Sí  No
8. ¿Ha recibido el paciente alguna vacuna en las últimas 4 semanas?..... Sí  No
9. ¿Tiene el paciente algún tipo de alergia a medicinas, comidas látex o vacunas?..... Sí  No
10. ¿Ha tenido el paciente algún desmayo al recibir inyecciones en el pasado?..... Sí  No
11. ¿Ha tenido el paciente la enfermedad de varicela?..... Sí  No  
Si la respuesta es "Sí", da la fecha o la fecha estimada de la enfermedad \_\_\_\_\_
12. ¿Están usted o su niño inscritos en el programa Mujeres, Infantes y Niños (WIC)? (Si no lo están y el niño es menor de 5 años, o si la madre está embarazada o dando de lactar refiérase al programa WIC).... Sí  No  
Si la respuesta es "No", ¿le gustaría que lo(a) refieran al programa WIC?..... Sí  No



# VACCINE ADMINISTRATION RECORD (VAR)

FOR THE PERSON GETTING IMMUNIZATIONS. TO BE COMPLETED BY CLINICAL STAFF.

IRIS State ID: \_\_\_\_\_ Local ID: \_\_\_\_\_  
 Client Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ One-time only:

Not Given Code	Vaccine (Circle type given, if indicated)	Dose #	Brand Name (Circle one used if there's a choice)	RN Init.	Lot Number	Expiration Date	Manufact	Dose Amt. (ML)	Vaccine Inject. Code	Vaccine Eligib. Code	VIS Date
	DTaP		Infanrix® Tripedia® Daptacel®				GSK sanofi sanofi	0.5			
	DTaP-HepB-IPV		Pediarix®				GSK	0.5			
	Hep A (Peds)		Vaqta® Havrix®				Merck GSK	0.5			
	Hep A (Adult)		Vaqta® Havrix®				Merck GSK	1.0			
	Hep B (Peds/Adoles.)		Recombivax® Engerix®				Merck GSK	0.5/1			
	Hep B (Adult)		Recombivax® Engerix®				Merck GSK	1.0			
	Hep A-Hep B		Twinrix®				GSK	1.0			
	Hib		ActHib®				sanofi	0.5			
	Hib (PRPOMP)		PedVax®				Merck	0.5			
	Hib (PRPOMP)-Hep B		Comvax®				Merck	0.5			
	HPV		Gardasil®				Merck	0.5			
	Influenza Live		FluMist™				MedImm				
	Influenza (split)										
	IPV		IPOL®				sanofi	0.5			
	MCV4 (Mening Conj)		Menactra®				sanofi	0.5			
	MPSV4(Mening Poly)		Menomune®				sanofi	0.5			
	MMR		MMR II®				Merck	0.5			
	MMR-V		ProQuad®				Merck	0.5			
	PCV7 (Pneumo Conj)		Prevnar®				Lederle	0.5			
	PPV23(Pneumo Poly)		Pneumovax®				Merck	0.5			
	Rotavirus(Pentavalent)		RotaTeq®				Merck	2.0 PO			
	Td/Td (PF)/Td B		Decavac™				sanofi	0.5			
	Tdap		Boostrix® Adacel™				GSK sanofi	0.5			
	Varicella		Varivax®				Merck	0.5			
	Zoster		Zostavax®				Merck	0.5			

PPD Test	Reason Given Code	Lot # and Manufacturer	Inject. Code	RN Init.	MM Results	Date Read	Read By
					_____Mm		

Vaccine Administrator Signature: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Vaccine Administrator Signature\*: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\*Use this 2nd signature line if more than one person gave immunizations to client.

Notes: \_\_\_\_\_