

Davis County Health Department
VACCINE ADMINISTRATION RECORD
ADULT SPANISH

Apellidos		Nombres		Nacimiento (mm/dd/año)		Edad	
Idioma		Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Isla del Pacífico		Grupo Étnico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Non Hispano		Genero <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
Domicilio				Ciudad		Estado	Código ZIP
Número de teléfono		Número de teléfono alternativo		E-mail			
Seguro Medico		Número de póliza		Persona responsable (Nombre exacto como esta en la tarjeta)			
Fecha Nacimiento del responsable (mm/dd/año)		Relación con el paciente		Domicilio del responsable si es diferente del pacient			
<p>Al firmar esta forma entiendo que el Departamento de Salud anticipa un pago por mis servicios, a menos que otros arreglos se hayan hecho. Entiendo que todos los cargos ocurridos son mi responsabilidad. Si el Departamento de Salud tiene contrato con mi seguro médico, solamente los servicios cubiertos por mi plan serán pagados. Es mi responsabilidad saber que cubre el plan de mi seguro medico y estoy de acuerdo en pagar la porción que no cubre. Yo entiendo que si el Departamento de Salud no tiene contrato con mi seguro médico, yo soy responsable por todos los cargos incurridos.</p> <p>Mi firma indica que he recibido una copia de la nota de privacidad (HIPAA) y la he leído y me han explicado la Hoja de Información sobre Vacunas (HIS) de cada vacuna que yo solicito para la persona nombrada en la forma. Yo desligo al Departamento de Salud de cualquier responsabilidad sobre los servicios obtenidos.</p>							
Nombre Completo: _____		Firma: _____		Fecha: _____			
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Padre o guardian						Staff Initials: _____	

Llene el siguiente Cuestionario de Contraindicaciones para vacunación de Adultos

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar a qué vacunas puede recibir hoy día. Si su respuesta es "Sí" a alguna pregunta, no significa que no puede ser vacunado. Solo son preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, por favor pregunte a la enfermera o el personal de salud.	No	Sí
¿Está enfermo hoy día?		
¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex? En caso afirmativo, explique:		
¿Tuvo alguna vez una reacción seria después de vacunarse? Explique:		
¿Tiene algún problema de salud a largo plazo, como enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, enfermedad metabólica (como la diabetes), anemia o algún otro trastorno de la sangre? Explique:		
¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico? o ¿En los últimos 3 meses ha tomado medicamentos que afecten su sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha tenido tratamientos de radiación? Explique:		
¿Tuvo alguna vez convulsiones o problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?		
Durante el año pasado, ¿le hicieron una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gammaglobulina o un medicamento antiviral?		
¿Le han aplicado alguna vacuna en las últimas 4 semanas?		
Para las mujeres: ¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada en el próximo mes?		
--- Preguntas adicionales para la vacuna contra COVID ---	No	Sí
¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? Si, "Sí", ¿cuál vacuna le pusieron?		
¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente para COVID para prevenir o tratar COVID-19?		
¿Ha dado positivo por COVID en los últimos 10 días?		
¿Tiene una condición de salud o está recibiendo un tratamiento que lo hace inmunocomprometido moderada o severamente? Ej: Cáncer, VIH, trasplante de órganos, drogas o terapias inmunosupresoras, corticosteroides en dosis altas u otros		
¿Ha tenido trastorno sanguíneo, miocarditis/pericarditis, trombocitopenia inducida por heparina o síndrome inflamatorio multisistémico?		
¿Ha recibido relleno dérmico (dermal fillers) (implantes de dispositivos médicos cosméticos)?		
¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (anafilaxia) a algo? Lista:		

Davis County Health Department VACCINE ADMINISTRATION RECORD

TO BE COMPLETED BY THE VACCINE ADMINISTRATOR

	Immunizations	CPT code	Vaccinations			Vaccine Administration Date:			Manufacturer, Lot & Expiration Date	Current VIS provided
			Current	Recommended	D/D	Site	Route	Dose		Initials
Routine	Covid-19: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Booster		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM			
	Hepatitis A Adult (Havrix) 19 yrs & older (0, 6 mo)	90632	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	1.0 ml		
	Hepatitis B Adult (Engerix) 20 yrs & older (0, 1, 6 mo)	90746	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml		
	Hepatitis B (Hepelisav-B) 18 yrs & older (0, 1 mo)	90739	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml		
	Hep A-Hep B (Twinrix) 18 yrs & older (0, 1, 6 mo) (1,7, 21 d, 12 mo)	90636	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	1.0 ml		
	HIB (Pedvax)	90647	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml		
	HPV9 (Gardasil) (15-26 yrs: 0, 2, 6 mo) (27-45 yrs: 0, 2, 6 mo)	90651	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml		
	Influenza 6 mo & older		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	MCV4 (Menquadfi) 12 yrs, 16 yrs & older	90619	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml		
	Men B (Bexero) 16 yrs-23 yrs (0, 1 mo)	90620	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml		
	Men B (Trumenba) 16 yrs-23 yrs (0, 6 mo)	90621	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml		
	MMR (0, 1 mo)	90707	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA	SQ	0.5 ml		
	PCV20/ PPSV23/ PCV13 90670	90677 90732	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml		
	Polio (IPV)	90713	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml		
	TDaP (Adacel) 7 yrs & older	90715	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml		
	Varicella (Varivax) (0, 1 mo)	90716	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA	SQ	0.5 ml		
	Zoster (Shingrix) 50 yrs & older (0, 2-6 mo)	90750	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml		
Travel	Cholera (Vaxchora) 18 yrs & older	90625	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ORAL	PO	100 ml		
	Japanese Encephalitis 2 yrs & older (0, 28 d) 18 yrs & older (0, 7 d)	90738	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml		
	Rabies (Pre-Ex 0, 7 d) (Post exp see MD RX)	90675	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml		
	Typhoid Oral (Vivotif) 6 yrs & older (0, 2, 4, 6 d)	90690	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ORAL	PO	4 Tabs		
	Typhoid Inj (Typhim) 2 yrs & older	90691	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml		
	Yellow Fever (YF-Vax) 9 mo & older	90717	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA	SQ	0.5 ml		
	Other		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Traveler: Country(s) _____ R/R: _____

PAYMENT SECTION (FOR OFFICE USE ONLY)

Cash \$	Credit \$	Check # / \$	VFC Eligible <input type="checkbox"/>	By _____
---------	-----------	--------------	---------------------------------------	----------