



Registro de Vacunación

Baker County Health Department
 2200 4th Street
 Baker City, OR 97814
 Phone: 541-523-8211
 Fax: 541-523-8242

Información del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad _____ años; _____ meses (si tiene menos de 5) Sexo: Hombre _____ Mujer _____

Dirección: _____

Domicilio: _____

No. de teléfono: _____ Apellido de la madre (opcional): _____

Raza: Indígena norteamericano o de Alaska Asiática Blanca Prefiero no responder

(Encierre en un círculo las que correspondan)

Afroamericana Indígena de Hawái o de las Islas del Pacífico

Etnia: ¿Hispana? Sí _____ No _____ Prefiero no responder _____ Idioma materno: _____

No. de Seguro Social (opcional): _____ No. de identificación de Medicaid (opcional): _____

Recibí el Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA de esta clínica (*HIPAA Notice of Privacy Practices*)

Preguntas de examen sistemático

| | Encierre una en un círculo: | |
|---|-----------------------------|----|
| | Sí | No |
| ¿El paciente tiene fiebre o se siente enfermo hoy? | Sí | No |
| ¿El paciente tiene alergias a medicamentos, alimentos, látex o vacunas? | Sí | No |
| ¿Ha tenido el paciente alguna reacción negativa a alguna vacuna? | Sí | No |
| ¿Ha sufrido el paciente convulsiones o algún problema cerebral? | Sí | No |
| ¿Padece el paciente de cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico? | Sí | No |
| ¿Padece el paciente de enfermedad cardíaca, enfermedad del pulmón o de los riñones, diabetes, asma, anemia o alguna otra afección de duración prolongada? | Sí | No |
| ¿Ha tomado el paciente cortisona, prednisona u otros esteroides o ha recibido tratamientos para el cáncer en los últimos 3 meses? | Sí | No |
| ¿Ha recibido el paciente sangre, productos sanguíneos o inmunoglobulina (IG) este último año? | Sí | No |
| ¿Está la paciente embarazada o tiene planificado embarazarse? | Sí | No |
| ¿Ha recibido el paciente vacunas este último mes? | Sí | No |
| ¿Se ha desmayado alguna vez el paciente después de recibir una inyección? | Sí | No |
| ¿Ha tenido el paciente varicela? | Sí | No |
| De ser así, ¿cuándo? (fecha aproximada): _____ | | |

He recibido información escrita sobre la(s) vacuna(s) (*Vaccine Information Statement*) que será(s) administrada(s) y todas mis preguntas han sido contestadas. Solicito que se me administre la vacuna o que se administre la vacuna a la persona arriba indicada, de la cual estoy a cargo. Autorizo la divulgación de cualquier información que se necesite para tramitar las reclamaciones del seguro y solicitar el pago de beneficios médicos.

Nombre en letra imprenta: _____

Firma: _____

Relación al paciente: _____

Fecha: _____



**Vaccine Administration Record
FOR CLINIC USE ONLY**

Patient Name: _____

One Time Only

| Dose # | Vaccine | Brand Name | Lot Number | Exp. | Manuf. | Dose (ML) | Site/Rte | Elig. | VIS Pub Date | Date VIS Given |
|--------|-----------------|---|------------|------|-------------------------|-------------|----------|-------|--------------|----------------|
| | DTaP | Infanrix Triptedia Daptacel | | | GSK Sanofi Sanofi | 0.5 | | | | |
| | DTaP/Hep.B/IPV | Pediarix | | | GSK | 0.5 | | | | |
| | DTaP/Hib/IPV | Pentacel | | | Sanofi | 0.5 | | | | |
| | DTaP/IPV | Kinrix | | | GSK | 0.5 | | | | |
| | Hep. A | Vaqta (peds/adult) Havrix (peds/adult) | | | Merck GSK | 0.5 1.0 | | | | |
| | Hep. A – Hep. B | Twinrix | | | GSK | 1.0 | | | | |
| | Hep. B | Recomb. (peds/adult) Engerix (peds/adult) | | | Merck GSK | 0.5 1.0 | | | | |
| | Hib | ActHib Hiberix PedVax | | | Sanofi GSK Merck | 0.5 | | | | |
| | Hib-Hep. B | Comvax | | | Merck | 0.5 | | | | |
| | HPV | Gardasil Cervarix | | | Merck GSK | 0.5 | | | | |
| | Influenza live | Flumist (3 or 4) | | | MedImm | 0.2 | | | | |
| | Influenza split | | | | | 0.25 0.5 | | | | |
| | IPV | IPOV | | | Sanofi | 0.5 | | | | |
| | MCV4 | Menactra Menveo | | | Sanofi Novartis | 0.5 | | | | |
| | MCV2 | MenHibrix | | | GSK | 0.5 | | | | |
| | MPSV4 | Menomune | | | Sanofi | 0.5 | | | | |
| | MMR | MMR II | | | Merck | 0.5 | | | | |
| | MMRV | ProQuad | | | Merck | 0.5 | | | | |
| | PCV13 | Prevnar 13 | | | Wyeth | 0.5 | | | | |
| | PPV23 | Pneumovax | | | Merck | 0.5 | | | | |
| | Rotavirus | Rotarix RotaTeg | | | GSK Merck | 1.0 2.0 | | | | |
| | Tdap | Boostrix Adacel | | | GSK Sanofi | 0.5 | | | | |
| | Td | Decavac Tenivac | | | Sanofi | 0.5 | | | | |
| | Varicella | Varivax | | | Merck | 0.5 | | | | |
| | Zoster | Zostavax | | | Merck | 0.65 | | | | |
| | Other | | | | | | | | | |

| PPD Test | Reason Given Code | Lot # and Manufacturer | Inject. Code | MM Results | Date Read | Time Read | Read By |
|----------|-------------------|------------------------|--------------|------------|-----------|-----------|---------|
| | | | | | | | |

Vaccine Administrator Signature: _____ Title: _____ Date: _____

Vaccine Administrator Signature*: _____ Title: _____ Date: _____

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