

Reno County Health Department

Vaccine Documentation Form

Place Label Here

Pediatric - Off-Site Flu Clinic SPANISH

Amerigroup	United Healthcare	**PRIVATE-VACCINE**
Sunflower	TPP	
Title-19 <input type="checkbox"/> CHIP-21 <input type="checkbox"/>		Insurance Type
NO INSURANCE COVERAGE **VFC VACCINE**		
No Insurance	American Indian	Policy #
Insufficient	Alaska Native	# En Su Familia:

Site:

** Informacion Personal **				** Informacion Adicional **			
Apellido		Nombre	SI	Padre/Guardian			
Fecha De Nacimiento	Edad	Seguro Social	Seguro Social	Fecha De Nacimiento			
Direccion		Numero de Telefono		Numero de Telefono			
Ciudad	Estado	Codigo Postal	Doctor	Telefono del Doctor			
Raza	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Afro Americano	<input type="checkbox"/> Americano/Indio Nativo	<input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Islandero		
Hispano o Latino?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Escoja Uno:	<input type="checkbox"/> Mexicano	<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Puerto Ricano	<input checked="" type="checkbox"/> Centro/Sur Americano

Questionario de Vacunas		
1. Tiene fiebre o esta malo(a)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
2. Tiene alergias a medicamento, plastico, comida o algun componente de vacunas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
3. Ha tenido alguna reaccion a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
4. Ha tenido problemas con los pulmones, corazon riñones, o alguna otra enfermedad metabolica como diabetes, asma, o algun desorden de la sangre? Esta tomando terapia de aspirina?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
5. Si tiene entre 2 y 4 años de edad, le han dicho que tiene asma o problemas al respirar?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
6. Tiene o a tenido inususepcion?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
7. Ha tenido un hermano o padre que tenga temblores o ataques o algun otro problema del cerebro?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
8. Tiene cancer, leucemia, VIH/SIDA o alguna otra enfermedad del sistema inmunologico?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
9. Tiene contacto con alguna persona que tenga el sistema immune debil?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
10. En los ultimos 3 meses, ha tomado medicamento que le debilite el sistema immune como cortisona, prednisona y otros esteroides, medicamentos contra virus y cancer o tratamientos de radiacion?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
11. Ha recibido alguna transfusion de sangre?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
12. Esta embarazada o tiene posibilidad de estarlo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
13. Ha recibido vacunas en las ultimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No

* Yo entiendo que tengo el derecho a recibir el VIS o Informacion de Vacunas y pido que sean administradas a mi o la persona que doy permiso que le administren la vacuna de la cual tengo permiso de pedir este servicio. Yo doy permiso de poner la informacion en el Registro de Vacunas de Kansas.

* Yo se que tengo derecho a una copia del Aviso de Practicas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Reno con fecha de 9/25/2013 o mas temprana.

* Yo doy permiso que informacion medica sea compartida con las agencias de azeguranzas para procesar la azeguranza incluyendo Medicare.

VFC/CHIP	Private	Dose	EXT	Site	Route	Manufacturer Lot #	Exp Date	DX Code	Admin Code
VQINF/VQFLU	QINF / QFLU	0.25ml 0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat.	IM			V04.81	90471
VQMST	QMST	0.2ml	Nasal	Intra-Nasal	Intra-Nasal			V04.81	90474

Nombre del Cliente _____

Firma Del Cliente _____

Fecha _____

Signature of Health Care Worker _____

Date _____

NOTA: De acuerdo a la ley de Kansas 65-531

Informacion y registros que tengan que ver con el estatus de vacunas contra enfermedades infantiles como sean requeridas por el K.S.A. 65-508 y 65-519 pueden ser divulgadas y cambiadas sin el consentimiento del padre o guardian ya que tal divulgacion sera legal debajo de la ley de Kansas para recibir informacion que los niños de la misma edad tengan las mismas vacunas. Vea la ley estatal numero 65-531 para informacion detallada.

Place Label Here Adult - Off-Site FLU Clinic SPANISH	Reno County Health Department Vaccine Documentation Form	
	Third Party Pay:	
	Insurance Policy #	
Medicaid Policy #		

** Informacion Personal**			** Informacion Adicional**		
Apellido	Nombre	SI	Padre/Guardian		
Fecha De Nacimiento	Edad	Seguro Social	Seguro Social	Fecha De Nacimiento	
Direccion		Numero de Telefono		Numero de Telefono	
Ciudad	Estado	Codigo Postal	Doctor	Telefono del Doctor	
Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Americano/Indio Nativo <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Hawaiano/Islandero Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Escoja Uno: <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puerto Ricano <input type="checkbox"/> Centro/Sur Americano					

Questionario de Vacunas	
1. Tiene fiebre o esta malo(a)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2. Tiene alergias a medicamento, plastico, comida o algun componente de vacunas?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3. Ha tenido alguna reaccion a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4. Ha tenido problemas con los pulmones, corazon riñones, o alguna otra enfermedad metabolica como diabetes, asma, o algun desorden de la sangre? Esta tomando terapia de aspirina?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
8. Tiene cancer, leucemia, VIH/SIDA o alguna otra enfermedad del sistema inmunologico?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
7. Ha tenido un hermano o padre que tenga temblores o ataques o algun otro problema del cerebro?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
9. Tiene contacto con alguna persona que tenga el sistema immune debil?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
10. En los ultimos 3 meses, ha tomado medicamento que le debilite el sistema immune como cortisona, prednisona y otros esteroides, medicamentos contra virus y cancer o tratamientos de radiacion?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
11. Ha recibido alguna transfusion de sangre?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
12. Esta embarazada o tiene posibilidad de estarlo?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
13. Ha recibido vacunas en las ultimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

* Yo entiendo que tengo el derecho a recibir el VIS o Informacion de Vacunas y pido que sean administradas a mi o la persona que doy permiso que le administren la vacuna de la cual tengo permiso de pedir este servicio. Yo doy permiso de poner la informacion en el Registro de Vacunas de Kansas.

* Yo se que tengo derecho a una copia del Aviso de Practicas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Reno con fecha de 9/25/2013 o mas temprana.

* Yo doy permiso que informacion medica sea compartida con las agencias de azeguranzas para procesar la azeguranza incluyendo Medicare.

Vaccine	Dose	EXT	Site	Route	Manufacturer Lot #	Exp Date	Admin Code	
QFLU - (Influenza)	0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat.	IM			90471	G0008
90662- (Influenza-High Dose)	0.5ml	Right Left	Deltoid Vastus Lat.	IM			90471	G0008
QMST - (Flu Mist)	0.2ml	Nasal		Intra-nasal			90473	

Firma del Cliente

Fecha

Signature of Health Care Worker

Date

NOTA: De acuerdo a la ley de Kansas 65-531

Informacion y registros que tengan que ver con el estatus de vacunas contra enfermedades infantiles como sean requeridas por el K.S.A. 65-508 y 65-519 pueden ser divulgadas y cambiadas sin el consentimiento del padre o guardian ya que tal divulgacion sera legal debajo de la ley de Kansas para recibir informacion que los niños de la misma edad tengan las mismas vacunas. Vea la ley estatal numero 65-531 para informacion detallada.