Dignity Health
Chandler Regional Medical Center

Citas: Favor de ir a
www.dignityhealth.org/chandlerimmunizations
o llamar 480-728-3777

Registro de Vacunación para ADULTOS.

Por favor de leer y llenar las áreas iluminadas en todas las 4 páginas:

Nombre de Pila:	Fecha de Nacimiento:	
Apellido:	Edad:	
Segundo Nombre:	Genero/Sexo:	
Teléfono:		
Domicilio:	Cuidad:	Código Postal:

Marque la que correspondan:

_____ No Tengo Seguro Médico. (No estoy Asegurado)
_____ Tengo Seguro Médico que No cubre el pago por vacunas (Seguro Insuficiente)
_____ Tengo Seguro Médico que cubre el pago por todas las vacunas. **ALTO, Favor de hablar con la recepcionista.**

Favor de leer y firmar.

Doy mi consentimiento al Proveedor de Salud que me administra las vacunas, para que entregue la información de todas las vacunas que se me administren a mi o a la persona para la que estoy autorizado a dar mi consentimiento al Sistema de Información de Vacunas del Estado de Arizona (ASIIS) para que provea la información sobre que vacunas he recibido. Entiendo que no estoy obligado a estar de acuerdo en que se entregue dicha información como condición para que se me administren las vacunas.

Me ha ofrecido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente que me informa como empezar un reclamo si siento que mis derechos han sido violados.

He recibido la copia que se me ha dado y la he leído, o se me ha explicado, el CDC "Hoja Informativa sobre la Vacuna" para la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) que se me van a administrar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y las mismas me fueron contestadas a mi plena satisfacción. Creo entender los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s) que he solicitado y pido que la(s) vacuna(s) que he marcado me sea(n) administrada(s). Mis iniciales indicarán mi aprobación para las vacunas que se me recomiendan en el formulario de administración de la vacuna.

Firma:	**Fecha:**

Reconocimiento Sobre la Participación Estatal en el Intercambio de Información Sobre la Salud (HIE)
Yo reconozco haber recibido, leído y comprendido el Aviso sobre las Prácticas acerca de la información de salud y sobre la participación de Dignity Health en la Red de intercambio Estatal de información sobre la salud (HIE), o bien ya he recibido anteriormente dicha información y no necesito otra copia.

Reconocimiento
de Firma: _____ Fecha: _____

Si es firmado por alguien que no sea el paciente, indique la relación:

Imprimir Nombre: _____ Relación: _____

Reconocimiento de Notificación Conjunta de Prácticas de Privacidad de Información de Salud (NPP)
Efectiva 14 de abril 2003 la ley requiere que **Chandler Regional Medical Center** dar a un paciente una copia de su Aviso de prácticas de privacidad de información de salud. Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Le daremos una copia en el momento del primer tratamiento y, si cambiamos nuestro aviso, a partir de entonces en la visita siguiente tratamiento. Al firmar abajo, usted reconoce el recibo de como el paciente, representante personal del paciente, el agente autorizado del paciente, o de un individuo involucrado en la atención médica del paciente.

Nombre del paciente: _____ Historia clínica #:_____

Reconocimiento
de Firma: _____ Fecha: _____

Si es firmado por alguien que no sea el paciente, indique la relación:

Imprimir Nombre: _____ Relación: _____

PARA USO OFICIAL (OFFICAL USE):
I provided a copy of the NPP to the patient/patients representative but was unable to obtain his/her written acknowledgement of receipt of such for the following reasons:
_____
_____

I have attempted to provide to the patient/patients representative a copy of the NPP, but was unable to do so for the following reasons:
_____
_____

Signature of
Hospital Representative: _____Date:_____

Print Name: _____Department: _____

Dignity Health
Chandler Regional Medical Center

Health Information Exchange (HIE)
and Notice of Privacy Practices (NPP)

Dignity Health
Chandler Regional Medical Center

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de adultos

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

A los pacientes: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podemos dar hoy. Si contesta "sí" a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no lo deben vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	sí	no	no sabe
1. ¿Está usted enfermo hoy? ¿Usted ha tenido alguna de esta síntomas en los últimos 24 horas? - fiebre, dolor de huesos, fatiga, tos, dificultad para respirar, dolor de garganta, dolor de cabeza, perdida de olfato o sabor, nausea, diarrea			
2. ¿Usted es alérgico a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?			
3. ¿Usted tuvo alguna vez una reacción seria después de vacunarse o inyectar medicamento?			
4. ¿Tiene usted 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?			
5. ¿Tiene usted cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?			
6. ¿Tiene usted padres o hermanos con algún problema de su sistema inmunológico?			
7.¿En los últimos 3 meses ha tomado medicamentos que: • afecten su sistema inmunológico, como prednisona o otros esteroides • medicamentos contra el cáncer o ha tenido tratamientos de radiación • medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis • medicamentos que adelgaza su sangre o afecta su coagulación, como warfarin, Eliquis, or Xarelto			
8. ¿Tuvo alguna vez convulsiones o problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso, como síndrome Guillain-Barre?			
9. Durante el año pasado, ¿le hicieron una transfusión de sangre, productos de la sangre, anticuerpos inyectables o le dieron inmunoglobulina o gammaglobulina o un medicamento antiviral?			
10. Para las mujeres: ¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada en el próximo mes?			
11. ¿Le aplicaron alguna vacuna en las últimas 4 semanas? Fecha de ultimo vacuna de Covid-19:			

FORMULARIO LLENADO POR:_____fecha:_____

Form reviewed by:_____ date:_____

Dignity Health
Chandler Regional Medical Center

Community Wellness
1955 W. Frye Rd.
Chandler, AZ 85224

FORMULARIO PARA ADMINISTRACION DE VACUNAS PARA ADULTOS

COMMUNITY WELLNESS
IMMUNIZATION PROGRAM

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:_____ FECHA DE NACIMIENTO:_____
MES/DIA/ANO

ALLERGIAS:_____ CORREO ELECTRONICO:_____

1) SOLICITO QUE SE ME ADMINISTREN LAS VACUNAS MARCADAS.
2) COMPRENDO LOS RIESGOS Y BENEFICIOS DE LAS VACUNAS QUE ESTOY SOLICITANDO.
3) TUVE LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS, LAS CUALES FUERON RESPONDIDAS EN FORMA SATISFACTORIA.

FIRMA DEL RECEPTOR DE LA VACUNA:_____ FECHA:_____
MES/DIA/ANO

ABAJO LINEA USO ESCLUSIVO DE CLINICA

HighDose Flu IM	FLU IM
VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE
8/6/2021	8/6/2021
ACEPTAR:	ACEPTAR:
DECLINAR:	DECLINAR:

SCREENED BY:_____ ADMIN DATE/DATE VIS GIVEN:_____

SPECIAL CONSIDERATIONS: _____

	HEP B	HPV9	MMR		PCV20		TDAP	VARICELLA		ZOSTER
	#	#	#	#	#		#	#		#
	HeplisavB									SHINGRIX
	LD IM	LD IM	RA IM SQ		RD IM		LD IM	LA IM SQ		LD IM
	VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE		VIS EDIT. DATE		VIS EDIT. DATE	VIS EDIT. DATE		VIS EDIT. DATE
	05/12/23	08/06/21	08/06/21		05/12/23		08/06/21	08/06/21		02/04/22
ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:		ACCEPT:	ACCEPT:		ACCEPT:
DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:		DECLINE:	DECLINE:		DECLINE:

NAME,MANUFACTURER, LOT NUMBE	NAME/TITLE OF ADMINISTRATOR	NAME, MANUFACTURER, LOT NUMBER	NAME/TITLE OF ADMINISTRATOR