

Registro clínico de vacunación niños

Citas: Favor de ir a

www.dignityhealth.org/chandlerimmunizations

o llamar 480-728-3777 Mascaras están obligatorias.

Solo niños con cita y un adulto podrán entrar en el centro.

Si usted o el niño, ha tenido esta tipo de síntomas en las últimas 24 horas: fiebre, dolor de huesos, fatiga, tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, dolor de cabeza, pérdida de olfato o sabor, nausea o diarrea por favor retrase su visita.

Favor de leer y llenar todas las áreas iluminadas de las 4 páginas.

Primer nombre:	Edad:	
Apellido del niño:		
Segundo nombre:	Fecha de nacimiento:	
Teléfono:	Género/Sexo:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del tutor legal:		
Primer Nombre de la mama:	Nombre soltera de la mama:	

MARQUE UNO:

- (1) _____ niño está inscrito en el (AHCCCS) ¿En qué plan? _____
- (2) _____ niño **no tiene** seguro médico.
- (3) _____ niño es indio americano o nativo de Alaska.
- (4) _____ niño cuenta con un seguro particular que **no cubre** la vacuna.
- (5) _____ niño cuenta con seguro particular. **ALTO, Favor de hablar con la recepcionista.**

USO DE INTÉRPRETE

Favor de leer y firmar.

Acuerdo que el proveedor de salud que proporcione las vacunas divulgue información sobre todas las vacunas que reciba yo o la persona a mi cargo para la cual estoy autorizado a prestar mi consentimiento al Sistema de Información sobre Vacunación del Estado de Arizona (ASIIS), a otros proveedores de atención médica y a la escuela, a los efectos de no recibir vacunas innecesarias y proporcionar información acerca de qué vacunas se han recibido. Comprendo que no tengo la obligación de consentir a la divulgación de esta información a fin de recibir las vacunas que solicite.

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.

Me han entregado una copia y he leído, o me han explicado, la “Hoja de información sobre vacunas” del Centro para el Control de Enfermedades (CDC) con las enfermedades y las vacunas marcadas a continuación. He tenido la oportunidad de formular preguntas que fueron respondidas a mi plena satisfacción. Considero que comprendo los beneficios y los riesgos de las vacunas requeridas, y solicito que me apliquen a mí o a la persona previamente mencionada a mi cargo para la cual estoy autorizado a presentar esta solicitud las vacunas marcadas a continuación. Mis iniciales indicarán mi aprobación para las vacunas que se me recomiendan en el formulario de administración de la vacuna.

Firma de padre/tutor:

Fecha: