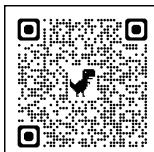


Registro de Vacunación para ADULTOS.



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

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 de 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 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 del aviso 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: _____

Firma de reconocimiento : _____ Fecha: _____

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

Nombre: _____ Relación: _____

Entiendo que CommonSpirit Health brinda servicios de interpretación y asistencia de comunicación, que incluyen intérpretes de lenguaje de señas, intérpretes orales, TTY/TDD, dispositivos de asistencia auditiva y otras ayudas y servicios auxiliares, de forma gratuita a todos los pacientes y/o sus acompañantes que los necesiten para una comunicación efectiva. Esto incluye asistencia a personas sordas, con problemas de audición y/o con discapacidad visual, del habla o de las habilidades manuales. Se me ha informado del procedimiento para solicitar un intérprete.

Elijo (marque una opción):

Que el centro proporcione servicios de interpretación.

Habiendo sido informado de la disponibilidad de servicios de interpretación y/o ayudas auxiliares, rechazo los servicios ofrecidos por el Centro.

Firma de reconocimiento : _____ Fecha: _____

Staff Signature _____ Date _____

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 estas síntomas en los últimos 24 horas? - fiebre, dolor de huesos, fatiga, tos, dificultad para respirar, dolor de garganta, dolor de cabeza, pérdida de olfato o sabor, náusea, 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: <ul style="list-style-type: none">• 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 última vacuna de Covid-19:			

FORMULARIO LLENADO POR:

fecha:

Form reviewed by: _____ date: _____

**FORMULARIO PARA ADMINISTRACIÓN DE
VACUNAS PARA ADULTOS**



COMMUNITY WELLNESS
IMMUNIZATION PROGRAM

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

MES/DIA/AÑO

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/AÑO

ABAJO LINEA USO EXCLUSIVO DE CLINICA

65+ FLUAD	FLU IIV3	SCREENED BY: _____ ADMIN. DATE & DATE VIS GIVEN: _____									
VIS EDIT. DATE 1/31/2025	VIS EDIT. DATE 1/31/2025	<i>SPECIAL CONSIDERATIONS:</i> _____									
____ IM	____ IM										
ACCEPT:	ACCEPT:										
DECLINE:	DECLINE:										
Covid Vaccine	HEP B			HPV9	IPV	MMR	PCV20 ≥ 50	RSV	TDAP	VARICELLA	ZOSTER ≥ 50YR
RD LD IM	# HeplisavB			# LD IM	____ IM SQ	RA IM SQ	# RD IM	LD IM	LD IM	LA IM SQ	SHINGRIX
VIS EDIT. DATE 1/31/25	LD IM			VIS EDIT. DATE 1/31/25	VIS EDIT. DATE 8/6/21	VIS EDIT. DATE 1/31/25	VIS EDIT. DATE 1/31/25	VIS EDIT. DATE 5/29/25	VIS EDIT. DATE 1/31/25	VIS EDIT. DATE 1/31/25	LD IM
ACCEPT:	ACCEPT:			ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:	ACCEPT:
DECLINE:	DECLINE:			DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:	DECLINE:

MANUFACTURER, LOT NUMBER	NAME/TITLE OF ADMINISTRATOR	LABEL: MANUFACTURER, LOT	NAME/TITLE OF ADMINISTRATOR