

Registro de Vacunación para ADULTOS.

Citas: Favor de ir a www.dignityhealth.org/chandlerimmunizations o llamar 480-728-3777. Mascaras están obligatorias. Por favor traiga sus cartillas de vacunas y un bolígrafo para su uso personal.
Solo adultos con cita podrá entrar el centro.
Si usted 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.

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 mí 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: _____



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. ¿Usted ha estado diagnosticado con Covid-19 en los últimos 14 días?			
1a. ¿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?			
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?			
9. Durante el año pasado, ¿le hicieron una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina 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?			

FORMULARIO LLENADO POR: _____ date: _____

Form reviewed by: _____ date: _____



FORMULARIO PARA ADMINISTRACION DE VACUNAS PARA ADULTOS

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

NOOMBRE EN LETRAS DE IMPRESIÓN.

ALLERGIAS: _____

COMMUNITY WELLNESS IMMUNIZATION PROGRAMS

FIRMA DEL RECEPTOR DE LA VACUNA: _____ FECHA: _____

- 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

卷之三

MES/DIA/ANC

FLU PRIVATE SCREENED BY: _____

ADMIN DATE/DATE VIS GIVEN: _____

COLLECTED
DECLINED

8/15/2019	VFA	IM	VIS/EDIT. DATE
ACCEPTAR:			
DECLINAR:			
COVID-19	HEP A	HEP B	#
LD RD IM VIS/EDIT. DATE	RD IM VIS/EDIT. DATE	LD IM VIS/EDIT. DATE	#
07/28/20	08/15/19	08/15/19	#
ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:
DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:
HPV9	MMR	PCV13	PNUEMO23
LD IM VIS/EDIT. DATE	RA SQ VIS/EDIT. DATE	RD IM VIS/EDIT. DATE	RD IM VIS/EDIT. DATE
10/30/19	08/15/19	10/30/19	10/30/19
ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:
DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:
ZOSTER	VARICELLA	TDAP	SHINGRIX
LA SQ VIS/EDIT. DATE	LD IM VIS/EDIT. DATE	LA SQ VIS/EDIT. DATE	IM VIS/EDIT. DATE
04/01/20	08/15/19	04/01/20	08/15/19
ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:	ACCEPTAR:
DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:	DECLINAR:
ADMIN FEE \$15.	COLLECTED	DECLINED	

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