

## Registro de Vacunación para ADULTOS.

**Citas:** Favor de ir a [www.dignityhealth.org/chandlerimmunizations](http://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, náusea 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:	Ciudad:	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: \_\_\_\_\_



**Dignity Health.**

Chandler Regional Medical Center

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

# Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de adultos

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

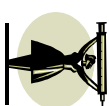
**A los pacientes:** Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podemos dar hoy. Si contesta “sí” a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no lo deben vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional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

	sí	no	no sabe
<b>1.</b> ¿Usted ha estado diagnosticado con Covid-19 en los últimos 14 días?			
<b>1a.</b> ¿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, pérdida de olfato o sabor, náusea, diarrea			
<b>2.</b> ¿Usted es alérgico a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?			
<b>3.</b> ¿Usted tuvo alguna vez una reacción seria después de vacunarse?			
<b>4.</b> ¿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?			
<b>5.</b> ¿Tiene usted cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?			
<b>6.</b> ¿Tiene usted padres o hermanos con algún problema de su sistema inmunológico?			
<b>7.</b> ¿En los últimos 3 meses ha tomado medicamentos que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• afecten su sistema inmunológico, como prednisona o otros esteroides</li> <li>• medicamentos contra el cáncer o ha tenido tratamientos de radiación</li> <li>• medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis</li> <li>• medicamentos que adelgaza su sangre o afecta su coagulación, como warfarin, Eliquis, or Xarelto</li> </ul>			
<b>8.</b> ¿Tuvo alguna vez convulsiones o problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?			
<b>9.</b> 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?			
<b>10.</b> Para las mujeres: ¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada en el próximo mes?			
<b>11.</b> ¿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

COMMUNITY WELLNESS  
IMMUNIZATION PROGRAMS

**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 EXCLUSIVO DE CLINICA**

SCREENED BY: \_\_\_\_\_

ADMIN DATE/DATE VIS GIVEN: \_\_\_\_\_

ADMIN FEE \$15.00

COLLECTED ☐

DECLINED ☐

<b>FLU</b> PRIVATE VIS EDIT. DATE: 8/15/2019 IM VFA ACCEPTAR: _____ DECLINAR: _____		
<b>COVID-19</b> # LD RD IM VIS EDIT. DATE: 07/28/20	<b>HEP A</b> # RD IM VIS EDIT. DATE: 08/15/19	<b>HEP B</b> # LD IM VIS EDIT. DATE: 10/30/19
ACCEPTAR: _____	ACCEPTAR: _____	ACCEPTAR: _____
DECLINAR: _____	DECLINAR: _____	DECLINAR: _____

<b>HPV9</b> # LD IM VIS EDIT. DATE: 10/30/19	<b>MMR</b> # RA SQ VIS EDIT. DATE: 08/15/19	<b>PCV13</b> # PREVNAR RD IM VIS EDIT. DATE: 10/30/19	<b>PNUEMO23</b> # RD IM VIS EDIT. DATE: 10/30/19	<b>TDAP</b> # LD IM VIS EDIT. DATE: 04/04/20	<b>VARICELLA</b> # LA SQ VIS EDIT. DATE: 08/15/19	<b>ZOSTER</b> # SHINGRIX IM VIS EDIT. DATE: 10/30/20
ACCEPTAR: _____	ACCEPTAR: _____	ACCEPTAR: _____	ACCEPTAR: _____	ACCEPTAR: _____	ACCEPTAR: _____	ACCEPTAR: _____
DECLINAR: _____	DECLINAR: _____	DECLINAR: _____	DECLINAR: _____	DECLINAR: _____	DECLINAR: _____	DECLINAR: _____

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