

Clinic Location: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

<b>Apellidos</b>		<b>Nombres</b>		<b>Nacimiento (mm/dd/año)</b>		<b>Edad</b>	
<b>Idioma</b>		<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo de Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Indio American		<b>Grupo Étnico</b>		<b>Genero</b>	
				<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Non Hispano		<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
<b>Domicilio</b>				<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>	<b>Codigo ZIP</b>
<b>Número de teléfono</b>		<b>Número de teléfono alternativo</b>		<b>E-mail</b>			
<b>Seguro Medico</b>		<b>Número de poliza</b>		<b>Persona responsable (Nombre exacto como esta en la tarjeta)</b>			
<b>Fecha Nacimiento del responsable (mm/dd/año)</b>		<b>Relación con el paciente</b>		<b>Domicilio del responsable si es diferente del pacient</b>			
<p>Al firmar esta forma entiendo que el Departamento de Salud anticipa un pago por mis servicios, a menos que otros arreglos se hayan hecho. <b>Entiendo que todos los cargos ocurridos son mi responsabilidad. Si el Departamento de Salud tiene contrato con mi seguro médico, solamente los servicios cubiertos por mi plan serán pagados. Es mi responsabilidad saber que cubre el plan de mi seguro medico y estoy de acuerdo en pagar la porción que no cubre. Yo entiendo que si el Departamento de Salud no tiene contrato con mi seguro médico, yo soy responsable por todos los cargos incurridos.</b> Mi firma indica que he recibido una copia de la nota de privacidad (HIPAA) y la he leído y me han explicado la Hoja de Información sobre Vacunas (HIS) de cada vacuna que yo solicito para la persona nombrada en la forma. Yo desligo al Departamento de Salud de cualquier responsabilidad sobre los servicios obtenidos.</p>							
<b>Nombre Completo:</b> _____		<b>Firma:</b> _____		<b>Fecha:</b> _____			
<b>Relación con el paciente:</b> <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Padre o guardian						<b>Staff Initials:</b> _____	

<b>Cuestionario de detección - Por favor complete para la persona que va a ser vacunada</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>
¿Está enfermo hoy día?		
¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex? En caso afirmativo, explique:		
¿Tuvo alguna vez una reacción seria después de vacunarse? Explique:		
¿Tiene 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? Explique:		
¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico? o ¿En los últimos 3 meses ha tomado medicamentos que afecten su sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha tenido tratamientos de radiación? Explique:		
¿Tuvo alguna vez convulsiones o problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?		
Durante el año pasado, ¿le hicieron una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gammaglobulina o un medicamento antiviral?		
¿Le han aplicado alguna vacuna en las últimas 4 semanas?		
Para las mujeres: ¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada en el próximo mes?		
<b>--- Preguntas adicionales para la vacuna contra COVID ---</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>
¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? Si, "Sí", ¿cuál vacuna le pusieron?		
¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente para COVID para prevenir o tratar COVID-19?		
¿Ha dado positivo por COVID en los últimos 10 días?		
¿Tiene una condición de salud o está recibiendo un tratamiento que lo hace inmunocomprometido moderada o severamente? Ej: Cáncer, VIH, trasplante de órganos, drogas o terapias inmunosupresoras, corticosteroides en dosis altas u otros		
¿Ha tenido trastorno sanguíneo, miocarditis/pericarditis, trombocitopenia inducida por heparina o síndrome inflamatorio multisistémico?		
¿Ha recibido relleno dérmico (dermal fillers) (implantes de dispositivos médicos cosméticos)?		

**PAYMENT SECTION (FOR OFFICE USE ONLY)**

Cash \$	Credit \$	Check # / \$	VFC Eligible <input type="checkbox"/>	By
---------	-----------	--------------	---------------------------------------	----



# Davis County Health Department VACCINE ADMINISTRATION RECORD

Clearfield Clinic  
22 South State Street  
Clearfield, UT 84015  
801 - 525 - 5020

**TO BE COMPLETED BY THE VACCINE ADMINISTRATOR**

VACCINE TYPE	CPT code	Manufacturer, Lote & Expiration Date	Vaccine Administration Date:			Current VIS provided
			Site	Route	Dose	Initials
FLUZONE HIGH DOSE 65+	90662		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.7 ml	
FLUBLOK HIGH DOSE 18+	90682		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml	
FLUZONE, FLULAVAL 6 MON+	90686		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml	
FLUARIX (AHB ONLY) 19+	QUAD4		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml	
FLUCELVAX 6 MON+	90674		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml	
FLUMIST 2-49 yrs	90672		Nostril	Intranasal	0.2 ml	
TDAP	90715		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml	
PNEUMONIA PPSV23	90332		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml	
PNEUMONIA PCV20	90677		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml	
ZOSTER (SHINGLES) (0,2-6 mon) 50yrs+	90750		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml	
RSV ABRYVVO	90678		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml	
RSV AREXVY	90679		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml	
OTHER			<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD			
OTHER			<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD			

VACCINE TYPE	CPT code	Manufacturer, Lote & Expiration Date	Vaccine Administration Date:			Current VIS provided
			Site	Route	Dose	Initials
PFIZER			<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM		
MODERNA			<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM		
NOVAVAX			<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml	

VACCINE TYPE	CPT code	Manufacturer, Lote & Expiration Date	Vaccine Administration Date:			Current VIS provided
			Site	Route	Dose	Initials
MCV4 (MENQUADFI)	90619		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml	
HPV9 (GARDASIL)	90651		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml	
DTAP, POLIO (KINRIX, QUADRACEL)	90696		<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	IM	0.5 ml	
MMR, VARICELLA (PROQUAD)	90710		<input type="checkbox"/> RA/VL <input type="checkbox"/> LA/VL	SQ	0.5 ml	

**PAYMENT SECTION (FOR OFFICE USE ONLY)**

Cash \$	Credit \$	Check # / \$	VFC Eligible <input type="checkbox"/>	By
---------	-----------	--------------	---------------------------------------	----