



## Cumberland County Health Department

### FORMULARIO DE REGISTRO DE VACUNAS (0-18 años de edad)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Primer Nombre Del Paciente	Segundo nombre de pila	Apellidos	NSS		
¿Es este su nombre legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no lo es, ¿cuál es su nombre legal?	(Nombre previo(s))	Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático/Islands del Pacifico/Otro <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Caucásica o Blanca <input type="checkbox"/> Desconocida u Otra		Etnicidad: ¿Hispano/Latino?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección Actual		Ciudad	Estado	Código Postal	
Núm. de Celular ( )		Núm. Telefono del Hogar ( )		Idioma de Preferencia	
¿Dónde ha recibido el niño/a sus inmunizaciones previas?					

GUARDIÁN			
Nombre del Guardián	Relación con el Paciente	Núm. de Teléfono	Núm. de Teléfono Adicional ( )
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	NSS:	Dirección si es diferente a la del paciente	

FACTURACIÓN	
<b>Proveedor de Seguros Primario</b>	
Nombre de Compañía de Seguros _____ #ID: _____ #de Grupo _____	Tenedor de la Póliza (Nombre): _____ Fecha de Nacimiento del Tenedor de la Póliza: _____
Relación del Paciente con el Tenedor de la Póliza (hijo/a, esposo/a, yo) _____	
<b>Proveedor de Seguros Secundario</b>	
Nombre de Compañía de Seguros _____ #ID: _____ #de Grupo _____	Tenedor de la Póliza (Nombre): _____ Fecha de Nacimiento del Tenedor de la Póliza: _____
Relación del Paciente con el Tenedor de la Póliza (hijo/a, esposo/a, yo) _____	
Con mi firma a continuación, autorizo al Departamento de Salud del Condado de Cumberland a facturar a cualquiera de los pagadores médicos como se indicó anteriormente y proporcionar la información necesaria para procesar los reclamos. Autorizo el pago de beneficios médicos al Departamento de Salud del Condado de Cumberland por los servicios prestados y entiendo que seré responsable del pago de los cargos considerados "no cubiertos" por mi seguro de salud.	
Todos los registros de los servicios prestados se consideran confidenciales. Esto constituye un aviso previo para usted, el beneficiario, de que si el Departamento de Salud cumple con todos los requisitos del programa y su Seguro de Salud no realiza el pago, usted puede ser responsable de los cargos. También puede ser responsable de los cargos si usted no informa al Departamento de Salud de la cobertura del seguro de manera oportuna. El abajo firmante ha leído la autorización anterior y entiende la misma. Certifico que la información proporcionada en esta página es verdadera y correcta según mi mejor entendimiento. Reconozco que me ofrecieron una copia de la Póliza de Privacidad de CCHD con fecha 9-2016.	
FIRMA _____	FECHA _____

CUESTIONARIO DE CONTRAINDICACIONES PARA VACUNACIÓN	
1. El niño/a que será vacunado ¿está actualmente enfermo o con una fiebre alta? Si contesto si, explique por favor:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. El niño/a a ser vacunado ¿tiene alergias a medicinas, alimentos, componente de la vacuna, o látex? Si contesto si, explique por favor:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Ha tenido el/la niño/a una reacción grave a una vacuna en el pasado? Si contesto si, explique por favor:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Ha tenido alguna vez el/la niño/a a ser vacunado el síndrome de Guillain-Barré (trastorno neurológico)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Está la niña/joven embarazada o hay la posibilidad que salga embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Está planificando el/la niño/a ha ser vacunado/a en viajar fuera de los Estados Unidos? si es así, ¿cuándo y dónde?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Review by: \_\_\_\_\_

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

## CONSENTIMIENTO PARA VACUNARSE

Me han ofrecido una copia de la Declaración(es) de Información de la Vacuna(s) (VIS) marcadas abajo. He leído, se me ha explicado y entiendo la información en el VIS(s). Pido que me administren las vacunas marcadas abajo a mí o la persona nombrada en formulario por la cual yo estoy autorizado a solicitar. Doy mi permiso para la inclusión de estos datos de inmunización en el Registro de Inmunizaciones de Carolina del Norte para mí o en nombre de la persona nombrada en este formulario

- DTaP    Polio/IPV    DTaP/IPV (Combo)    Hepatitis A    MMR    Gardasil 9 (HPV)    Tdap  
 Td    Prevnar 13    DTaP/Hib/IPV (Pentacel)    Hepatitis B (HepB)    Varicella (V)    Meningococcal Quad    Influenza (flu)  
 Hib    Rotavirus    DTaP/IPV/HepB (Pediarix)    PPSV23    MMR-V (Combo)    Meningococcal B    Typhoid

Firma del Paciente o Padre Legal/Guardián:

Fecha:

## NURSE DOCUMENTATION (FOR NURSE USE)

VACCINE	EXT	SITE	ROUTE	VIS DATE	MANUFACTURER, LOT #, EXPIRATION DATE
DTaP / Td / Tdap	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
DTaP/IPV (Kinrix)	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
DTaP/HepB/IPV (Pediarix)	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
DTaP/Hib/IPV (Pentacel)	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
Hepatitis A	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
Hepatitis B	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
Hib	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
HPV (Gardasil 9)	RT LT	Deltoid	IM	Documented In NCIR	
Fluzone 6 months+	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
MCV4/MPSV4 (Menveo/Menactra)	RT LT	Deltoid	IM	Documented In NCIR	
Meningococcal B	RT LT	Deltoid	IM	Documented In NCIR	
MMR	RT LT	Thigh	SC	Documented In NCIR	
MMRV (ProQuad)	RT LT	Upper Arm Thigh	SC	Documented In NCIR	
PCV13 (Prevnar 13)	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
Polio/IPV	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
PPV23	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Documented In NCIR	
Rotavirus (Rotarix/RotaTeq)	PO	By Mouth	Oral	Documented In NCIR	
Varicella	RT LT	Upper Arm Thigh	SC	Documented In NCIR	
Typhoid	RT LT	Deltoid	IM	Documented In NCIR	

## VACCINE ADMINISTRATOR

Signature:

Date: