



Información del Paciente y Forma de Consentimiento



Apellido	Primer Nombre	Inicial	¿Interprete Preferido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de Nacimiento	
Domicilio	Apt#	Ciudad	Estado	Zona Postal	
Nombre del Padre/Madre o Guardian			Teléfono de Casa		
Ingresos Totales de la Familia (En Bruto)			Número de Miembros en el Hogar		
Por Favor Conteste Las Sigüientes Preguntas Acerca de La Persona Que Recibirá Las Vacunas					
Lenguaje hablado en casa <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Punjabi <input type="checkbox"/> Otro _____ Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano / Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> 2 o más razas Otro _____			¿Cuál de los siguientes refleja mejor como se identifica el paciente? <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Homosexual, Lesbiana o del Mismo Genero <input type="checkbox"/> Cuestionando o Inseguro <input type="checkbox"/> Se negó a responder <input type="checkbox"/> Orientación no listada ¿Cuál es la identidad del paciente? <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Mujer trans <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre Trans <input type="checkbox"/> Genero queer o No-Binario <input type="checkbox"/> Identidad no listada <input type="checkbox"/> Se negó a responder <input type="checkbox"/> No se		
¿Cuál sexo se asignó al nacer? <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No-Binario <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No Se <input type="checkbox"/> Prefiero no Responder			Seguro de Salud <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medi-Care <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Otro Seguro Publico <input type="checkbox"/> Sin Seguro		
¿El paciente tiene un proveedor de atención medica.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro Por ejemplo, un médico o una enfermera practicante, ¿etc.?					
				Si	No
1. ¿Esta enfermo hoy?					
2. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna?					
3. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, o algún ingrediente de la vacuna o al látex?					
4. ¿Si la vacuna es para un niño de 2 a 4 años, le ha dicho un proveedor de atención medica que el niño/a tenia sibilancias o asma?					
5. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario?					
6. ¿Ha tenido usted, un hermano/a, o alguno de sus padres una convulsión, un trastorno cerebral, o un problema del sistema nervioso?					
7. ¿Ha tenido un problema de salud a largo plazo con enfermedad pulmonar, cardiaca, renal o metabólica (por ejemplo, diabetes), asma, anemia, síndrome de Guillain-Barre o otros trastornos de la sangre?					
8. ¿Si la vacuna es para un niño, está en tratamiento prolongado con aspirina?					
9. ¿Si la vacuna es para un bebe, alguna vez le han dicho que ha tenido una intususcepción (afección intestinal)?					
10. ¿En los últimos 3 meses, ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunitario, 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 recibió tratamiento de radiación?					
11. ¿En el último año, ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o le han administrado inmunoglobulinas o antivirales?					
12. Si corresponde: ¿Esta, embarazada o existe la posibilidad de quedar embarazada en el próximo mes?					
13. ¿Ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?					

PATIENT INFORMATION

