



CLIENT INFORMATION FORM

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Genero [] F [] M
Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Residencia _____
(Si es diferente a la Postal)

Cultura [] Hispano [] No Hispano [] Otro OPCIONAL
Raza [] Blanco [] Indio Americano [] Negro [] Alaska Nativa
[] Asián [] Hawaiana—Pac Islandés [] Desconocido

Lenguaje [] ingles [] español [] Otro _____ seguro social (opcional) _____
Teléfono _____ Trabajo _____ Mensaje _____
Padres/ Guardián _____ Apellido de Soltera de su Mama _____
Nacimiento: [] Individual [] Gemelo [] Trillizo [] Otro El niño esta bajo el programa WIC? [] Si [] No
Marque los que apliquen *Edad 0-18 anos solamente*
[] Medicaid [] No Seguridad [] Seguridad [] Indio American [] Indio Alaska [] Su asegurado*
*tiene a seguridad perno no cubre las vacunas
Opcional: Correo Electrónico _____ Teléfono Celular _____

Seguro Primaria Relación al asegurado: [] si mismo [] esposo/a [] niño/a
Nombre de Seguro: _____ Nombre de asegurado: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Teléfono _____
ID#: _____ Numero de grupo: #: _____
Domicilio (si es diferente do lo de arriba): _____
Información de Medicaid
Nombre (como indicado en la tarjeta): _____ Medicaid # _____

POR FAVOR DE LEER LO SIGUIENTE Y MARQUE
_____ Yo reconozco que fui dado una copia y yo he leído o me han explicado la nota de las Practicas de Privacidad de CDHD.
_____ Reconozco que he sido dado una copia del Financiero Y Política de cita la he leído ye comprendo.
_____ Yo necesito asistencia financiera. La cantidad de personas en mi familia son _____ Mi mensual al mes es _____
Si lo deja vacío, o a 0, automáticamente cobraremos precio regular.
_____ Comprendo que las inmunizaciones de niñez no son obligatorias y pueden ser negados por religión o otro motive.
_____ La participación en salir del Registro de Inmunizaciones (IRIS) es voluntario. Llame al Programa de Inmunizaciones de Idaho al 208-334-5931 si no quiere ser parte de IRIS necesita que escribir una carta pidiendo salir del Registro. Si no, las vacunas de sus hijos serán mantenidas en el sistema de IRIS.
Firma de la persona que recibirá la vacuna o persona autorizada a hacer el pedido:
FIRMA X _____ FECHA _____



Información Medical

Las siguientes preguntas nos ayudaran a determinar cuales vacunas deberá recibir hoy. Si alguna pregunta no esta clara, favor de pedirle a su proveedor de salud que le explique. *Por favor marque la respuesta que apliqué al cliente*

¿Esta enfermo el paciente de hoy?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
¿Tiene el cliente alergias conocidas a los medicamentos, alimentos, componentes de la vacuna o al latex? (Por ejemplo: huevos) Por favor de explicar: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
¿Ha tenido el paciente el síndrome de Guillain-Barre (un tipo de debilidad seria temporalmente en los músculos) convulsiones, o desordenes neurológicos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
¿Tiene el paciente cáncer, leucemia, HIV/Sida, problemas del sistema inmunológico o tiene contacto cercano con una persona que tenga que tener un ambiente protegido (por ejemplo, algún que acaba de tener un trasplante de medula ósea)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
¿Toma el paciente cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o ha tenido el paciente tratamientos de radiación? Toma aspirina a largo plazo? Cuantas aspirinas al día: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
¿Durante el ultimo ano , a recibido, el paciente transfusión de sangre, o le han dado, al paciente medicina llamada globulina (gamma) inmune? Si, cuando? mes _____ día _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
¿Ha recibido el paciente vacunas de MMR, Varicela, Rotavirus o Influenza intranasal en las ultimas 4 semanas ? Si, cuando: mes _____ día _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
¿Tiene el paciente alguno de los siguiente: asma, respiración sibilante, diabetes (o alguna otra enfermedad metabólica), o enfermedad de los riñones, del corazón, de los pulmones, los nervios, el hígado, o enfermedad de la sangre?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
¿Ha tenido, el paciente la enfermedad de varicela? Si, cuando? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
¿Tiene su familia un dentista?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
¿Ha visto su hijo a un dentista en el ultimo ano?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
Para las mujeres: ¿Esta, usted embarazada o podría estar embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE

Forma completada por: _____ **Fecha:** _____ **Enfermera:** _____

(FAVOR DE NO MARCAR DESPUES DE ESTA LINEA)

He repasado la información arriba y realizado cambios, si está indicado.

Fecha: _____	Iniciales del Cliente / Guardián: _____	Iniciales de la enfermera: _____
Fecha: _____	Iniciales del Cliente / Guardián: _____	Iniciales de la enfermera: _____
Fecha: _____	Iniciales del Cliente / Guardián: _____	Iniciales de la enfermera: _____
Fecha: _____	Iniciales del Cliente / Guardián: _____	Iniciales de la enfermera: _____
Fecha: _____	Iniciales del Cliente / Guardián: _____	Iniciales de la enfermera: _____
Fecha: _____	Iniciales del Cliente / Guardián: _____	Iniciales de la enfermera: _____
Fecha: _____	Iniciales del Cliente / Guardián: _____	Iniciales de la enfermera: _____
Fecha: _____	Iniciales del Cliente / Guardián: _____	Iniciales de la enfermera: _____
Fecha: _____	Iniciales del Cliente / Guardián: _____	Iniciales de la enfermera: _____

Client Name/DOB Label