



**INFORMACION DE CLIENTE**

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

**Opcional**  
 Cultura Hispano / No Hispano / Otro 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 Aseguransa / Aseguransa / Indio Americano / Indio Alaska / Subasegurado\*  
 \*tiene aseguransa pero no cubre las vacunas

**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 de lo de arriba): \_\_\_\_\_  
**Información de Medicaid**  
 Nombre (como indicado en la tarjeta) : \_\_\_\_\_ Medicaid # \_\_\_\_\_

**REGLAS FINANCIERAS: Efectivo Julio 1, 2009**

**ASEGURANSA:** Usted será responsable para el balance de sus vacunas y la administración de la vacuna si su aseguransa no cubre. **CDHD tomara seguro primaria solamente!**  
**MEDICAID:** Por favor presente su tarjeta de Medicaid al tiempo de registro. Servicios no cubiertos por Medicaid serán su responsabilidad.  
**Ninguna vacuna infantil será negada si no puede pagar. Por favor pregunte para información al tiempo de registro.**

**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  
 \_\_\_\_\_ He leído y entiendo la autorización financiera.

**IRIS:** Yo doy permiso para que registren mi nombre o el de mi hijo y para que transfieran mis registros de vacunas o los de mi hijo al Sistema de Información para el Recordatorio de las Vacunas para asegurarse de que este registro de vacunas está disponible para mi uso, para el proveedor del cuidado de la salud mío o el de mi hijo, para los proveedores del cuidado infantil y para las escuelas. Comprendo que tal vez me pidan información para que puedan mantener los registros correctos ye que no sean confundidos con los de otra persona, como: el nombre de soltera de mi madre, número de teléfono, sexo y la elegibilidad de mi hijo para recibir vacunas gratis. Yo autorizo la inclusión en el IRIS.

\_\_\_\_\_ NO (no me inscriba a mi o a mi niño en IRIS)

Firma de la persona que recibirá la vacuna o persona autorizada a hacer el pedido:

FIRMA X \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*FOR OFFICE USE ONLY\*\*\*\*\*



Para mejorar la salud de nuestras comunidades por identificando soluciones sostenibles en cuestiones de salud comunitario, formando asociaciones para llevar a cabo estrategias y demostrando nuestro éxito a través de medida de resultados.

MAIN OFFICE \*707 N Armstrong Place, Boise, ID 83704-0825 (208) 327-7450 Fax (208) 327-8580

## Informacion 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 CIRCULE LA RESPUESTA QUE APLIQUE AL CLIENTE**

¿Esta enfermo el paciente de hoy?	SÍ	NO	NO SABE
¿Es, el paciente alergico a medicamentos, alimentos, o alguna vacuna?	SÍ	NO	NO SABE
¿Alguna vez a tenido, el paciente alguna reacción seria después de recibir alguna vacuna?	SÍ	NO	NO SABE
¿Ha sufrido, el paciente algún ataque o problema del cerebro?	SÍ	NO	NO SABE
¿Tiene, el paciente cáncer, leucemia, HIV/SIDA, o cualquier otra enfermedad del sistema inmumológico?	SÍ	NO	NO SABE
¿Toma, el paciente cortisona, prednisona, otros esteroides, drogas anti-cancer, o ha estado expuesto a un tratamiento con rayos X?	SÍ	NO	NO SABE
¿Durante el último año, a recibido, el paciente transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le han dado, al paciente medicina llamada globulina (gamma) immune?	SÍ	NO	NO SABE
¿Ha recibido, el paciente vacunas en las últimas 4 semanas?	SÍ	NO	NO SABE
¿Ha tenido, el paciente la enfermedad de varicela?	SÍ	NO	NO SABE
¿Tiene el paciente asma o fuma?	SÍ	NO	NO SABE
<b>Para Las Mujeres:</b> ¿Esta, usted embarazada o podría estar embarazada durante el mes próximo?	SÍ	NO	NO SABE

Conforme al estatuto 39-4804 de Idaho, la NOTIFICACIÓN de la INMUNIZACIÓN AL PADRE O AL GUARDIÁN, antes de que una inmunización se administre a cualquier niño debe ser notificado de: (1) las inmunizaciones no son obligatorias y se pueden rechazar por razones religiosas u otro; (2) la participación en el registro de la inmunización es voluntaria; (3) el padre o el guardián tiene derecho a una explicación exacta de las conocidas complicaciones para seguir tal inmunización.

Forma completada por: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Enfermera: \_\_\_\_\_

(FAVOR DE NO MARCAR DESPUES DE ESTA LINEA)

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

Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales del Cliente / Guardian: \_\_\_\_\_ Iniciales de la enfermera: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales del Cliente / Guardian: \_\_\_\_\_ Iniciales de la enfermera: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales del Cliente / Guardian: \_\_\_\_\_ Iniciales de la enfermera: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales del Cliente / Guardian: \_\_\_\_\_ Iniciales de la enfermera: \_\_\_\_\_

Client Name/DOB Label