

Fecha: _____

Historial Médico y de Vacunación del Adulto

Apellido(s) _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Condado _____ Sexo (**Encierre su respuesta en un círculo**) M F

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Teléfono _____ Nombre de su médico _____

Raza: Asiático/ Isleño del Pacífico Negro Nativo Americano/ Nativo de Alaska Blanco Otro

Etnicidad: Hispano No Hispano

Correo Electrónico: _____

Estatus de Seguro Médico:

¿Tiene seguro médico? Sí No Si respondió sí, nombre de la compañía de seguros: _____

¿Puede pagar las vacunas? Sí No

1. ¿Está enfermo hoy? Sí _____ No _____

2. ¿Es alérgico a alguna medicina? Si sí, escriba el nombre de la medicina. _____ Sí _____ No _____

3. ¿Es alérgico a huevos u otros alimentos? Si sí, escriba el nombre del alimento. _____ Sí _____ No _____

4. ¿Tiene historial de enfermedad grave o crónica? Si sí, escriba el nombre de la enfermedad en la línea de abajo. Sí _____ No _____

5. ¿Ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna? ¿Si sí, cuál vacuna? Sí _____ No _____

6. Alguna vez ha sido diagnosticado con el síndrome Guillain-Barre? Sí _____ No _____

7. ¿Toma alguna medicina diariamente? Si sí, escriba los nombres de las medicinas en la línea de abajo: Sí _____ No _____

8. ¿Tiene usted o alguna persona que viva con usted o alguien que usted cuide algunas de las siguientes enfermedades: cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico? ¿Toma usted, o alguien que viva con usted, o alguien que usted cuide grandes cantidades de cortisona, prednisone, u otros esteroides? Sí _____ No _____

9. ¿Durante el año pasado usted recibió una transfusión de sangre o plasma o ha recibido globulina inmunológica? Sí _____ No _____

10. **PARA LAS MUJERES:** ¿Está embarazada o está planeando quedar embarazada en los próximos tres meses? Sí _____ No _____

Fecha del último período menstrual _____

11. ¿Vive usted o está en contacto o cuida a un menor de 0 a 59 meses de edad? Sí _____ No _____

12. ¿Ha recibido anteriormente inmunizaciones en el Departamento de Salud de Canton? Sí _____ No _____

He recibido una copia de las Declaraciones de Información de Vacuna con respecto a las enfermedades y vacunas y entiendo que hay un riesgo de leve a grave de reacción con cualquier vacuna. También, entiendo que esto es un riesgo menor que el riesgo a una persona que no ha recibido la vacuna que podría adquirir una de estas enfermedades. Al firmar este formulario, yo reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. También, yo concedo el permiso para que este registro esté disponible a los proveedores médicos, departamentos de salud y escuelas para transmitir la historia de inmunización.

Firma de la persona que recibe la vacuna _____ Fecha _____

Form Reviewed by (nurse): _____ Date _____