La Historia de Salud del Adulto
Las Inmunizaciones

Apellido Paterno_____ Apellido Materno (Esposo) _____

Primer Nombre _____Segundo Nombre_____

Dirección_____Ciudad_____Estado_____

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

Fecha de Nacimiento_____ Edad_____

Teléfono _____ El Nombre de Médico_____

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

Etnicidad: Hispano ☐ No Hispano ☐

Correo Electrónico: _____

Estatus de Seguro:

___ Tengo **Buckeye** # _____ ___ Tengo **Medicare** #_____

___ Tengo **CareSource** #_____ ___ Tengo seguro privado que cubre el costo de las inyecciones **100%**

___ Tengo **Molina Healthcare#**_____ Nombre / ID # _____

___ Tengo **Paramount** #_____ ___ Tengo seguro privado que **no cubre** inyecciones 100%

___ Tengo **United HealthCare** #_____ ___ No tengo ningún seguro

___ Tengo **Medicaid** #_____

---

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

   _____
7. ¿Tiene usted o tiene alguien que vive contigo o tiene alguien para quien usted cuida algunas de las siguientes enfermedades: cáncer, la leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico? ¿Toma usted, toma alguien que vive contigo, o toma alguien para quien usted cuida cantidades grandes de cortisona, prednisone, u otros esteroides? Sí _____ No _____
8. ¿Durante el año pasado, ha recibido una transfusión de sangre o plasma o ha recibido globulina inmunológica? Sí _____ No _____
9. **PARA MUJERES:** ¿Está embarazada o está planeando quedar embarazada en los próximos tres meses? Sí _____ No _____

   La fecha del último período menstrual _____
10. ¿Ha recibido anteriormente usted inmunizaciones al Departamento de Salud de Canton? Sí _____ No _____

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

La firma de la persona que recibe la vacuna_____ La Fecha_____