

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 \_\_\_\_\_