

**SECCIÓN A** (Por favor de escribir en letra de molde legible)

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # De Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
 Para los Menores: Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Para los Menores: Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**SECCIÓN B** (Estas preguntas nos ayudarán a determinar si califica para recibir vacunas el día de hoy)

1. Quiero recibir la siguiente vacuna(s): \_\_\_\_\_
  2. Motivo de la vacuna(s): \_\_\_\_\_
  3. ¿Tiene su registro de vacunas de niño(a) disponible?  Sí  No      ¿Tiene sus vacunas de adulto al día?  Sí  No
  4. ¿Se siente enfermo(a) hoy?  Sí  No      ¿Tiene fiebre?  Sí  No
  5. ¿Ha tenido alguna alergia a medicina, comida o vacunas? Alergia: \_\_\_\_\_  Sí  No
  6. ¿Ha tenido alguna reacción grave a una vacuna?  Sí  No
  7. ¿Está tomando medicación inyectable como esteroides, medicamentos contra el cáncer o tratamiento de radiación?  Sí  No
  8. Ha tenido alguna vacuna o prueba de tuberculosis en las últimas 4 semanas? Tipo de vacuna/prueba: \_\_\_\_\_  Sí  No
  9. ¿Tiene algunas de las siguientes condiciones de salud de largo plazo?  Sí  No  
 Asma, Enfermedad cardíaca, pulmonar, de los riñones, diabetes, del hígado, o de la sangre
  10. ¿Tiene convulsiones, trastornos cerebrales o cualquier otro problema del sistema nervioso?  Sí  No
  11. ¿Tiene problemas con su sistema inmunológico debilitado debido al VIH/SIDA u otras enfermedades que afectan al sistema inmunológico, enfermedades de la médula ósea o tuberculosis?  Sí  No
  12. Durante el último año, ¿ha recibido sangre, productos de sangre, o le han administrado globulina ( gamma )?  Sí  No
  13. ¿Tiene 65 años o más?  Sí  No
  14. ¿Fumas?  Sí  No      ¿Tu bebes alcohol?  Sí  No      Viaja al extranjero?  Sí  No
  15. Estas en el colegio?  Sí  No
  16. **Hombres y Mujeres 9-26 años:** ¿Estas interesado en recibir hoy la vacuna de VPH (Virus del Papiloma Humano)?  Sí  No
  17. **Mujeres:** Estas embaarazada o estas considerando embarazarte el proximo mes? # de semanas \_\_\_\_\_  Sí  No
- Temp: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_ Pulse: \_\_\_\_\_ Resp. Rate \_\_\_\_\_

**SECCIÓN C** (Consentimiento/Autorizacion)

Yo reconosco que PHS-PREVENTIVE HEALTH SOLUTIONS LLC me ha dadouna copia y me ha explicado sobre VIS (Informacion de las vacunas) contenido e informacion d la vacuna(s) incluyendo informacion sobre algunas reacciones que puedo tener al recibir la(s). Yo he tenido la oportunidad de preguntar a PHS cualquier pregunta acerca de la(s) vacuna(s) o informacion en el VIS. Yo e contestadohe contestado correctamente todas las preguntas anteriore con respecto a mi historial medico.

Yo autorizo a PHS-PREVENTIVE HEALTH SOLUTIONS LLC 1.) Ver mi record medico u otra informacion, incluyendo mis enfermedades transmisible (HIV) salud mental y informacion sobre abuso a las droga/alcohol, a profesionales de la salud, Medicare, Medicaid o cualquier tercer pagador que sea necesario para lograr asistencia medica o pago. 2.) Presentar una reclamacion a mi seguro por los servicios de la solicitud, y 3.) Solicitar el pago de beneficios autorizados en mi nombre a PHS con respecto a los articulos y servicios solicitados.

Autorizo a PHS-PREVENTIVE HEALTH SOLUTIONS LLC a presentar una reclamación a mi aseguro para este servicio de atención médica y autorizo una asignación de mis beneficios de seguro bajo tal reclamo a PHS-PREVENTIVE HEALTH SOLUTIONS LLC. **ESTOY CONSCIENTE DE QUE PHS ESTARÁ COBRANDO POR VACUNAS, ADMINISTRACIONES DE VACUNA Y EN CIERTOS CASOS CÓDIGOS DE RENDIMIENTO REQUERIDOS POR CIERTOS SEGUROS.** Acepto ser totalmente responsable financieramente de cualquier cantidad de coparticipación, incluyendo copagos, coseguros y deducibles, por los artículos y servicios solicitados, así como por cualquier artículo solicitado y servicios que no estén cubiertos por mis beneficios de seguro. Entiendo que cualquier pago por el cual soy financieramente responsable es debido en el momento del servicio o, si PHS me factura después de la hora de servicio, al recibir dicha factura.

PHS-PREVENTIVE HEALTH SOLUTIONS LLC no podrá, en ningún momento ni en cualquier medida permitida por la ley aplicable, ser responsable, responsable o responsable de cualquier pérdida, lesión, muerte o daño sufrido o sostenido por mí o cualquier otra persona Otra persona en cualquier momento en conexión con, o como resultado de, la administración de la (s) vacuna (s) a mí por PHS-PREVENTIVE HEALTH SOLUTIONS LLC. En nombre de mí mismo, mis herederos y representantes personales, por la presente libero y exonero a PHS, a su personal, agentes, empleados y afiliados corporativos, funcionarios, directores, contratistas y empleados de todas y cada una de las responsabilidades o reclamaciones, De, en relación con, o de cualquier forma relacionada con la administración de la (s) vacuna (s) recibida (s).

Al firmar a continuación, certifico que soy el paciente de al menos 18 años de edad o el tutor / representante personal del paciente, firmando en nombre del paciente y que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con todas las declaraciones de esta forma.

**FIRMA DE PACIENTE/TUTOR:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE IMPRESO:** \_\_\_\_\_ **PARENTESCO** \_\_\_\_\_