Sistema de información para recordatorios de vacunación de Idaho

Organización: IR Physicians *Centro:* IR Physicians

Registro de administración de vacunas

	NUMERO DE EXPEDIENTE	
Nombre del paciente (apellido sufijo, primer nombre segundo nombre)	Edad actual	País de Nacimiento
Dirección	Apdo. postal	
Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo	Origen étnico (marque uno) ☐ Hispano ☐ No hispano
Raza (marque uno) ☐ Afro-Americana ☐ India Americana o nativa de Alaska ☐ Isleña del Pacífico ☐ Caucásica ☐ Asiática ☐ Otra	Nombre de soltera de la madre (apellido, primer nombre)	
Nombre del proveedor de atención médica de cabecera	Escuela o guardería (si corresponde)	

Nombre del padre/madre o tutor responsable por el paciente (apellido, primer nombre)		Relación con el paciente	
Dirección		Apdo. postal	
Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico (si corresponde)	Número telefónico de la casa	Número telefónico del trabajo ( )	Extensión
Nombre del padre/madre o tutor responsable por el paciente (apellido, primer nombre)		Relación con el paciente	
Dirección		Apdo. postal	
Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico (si corresponde)	Número telefónico de la casa	Número telefónico del trabajo ( )	Extensión

*Los datos recopilados en este formulario se ingrearán en el Sistema de información para recordatorios de vacunación de Idaho (*Idaho's Immunization Reminder Information System, *IRIS). Si desea salirse de IRIS, póngase en contacto con el Programa de vacunación en iip@dhw.idaho.gov o 208-334-5931 y solicite instrucciones.*

¿Permite que se le recuerde/llame?

VFC Elegibilidad
(marque todos los que correspondan)
Debe completar esta sección.

☐ **No cumple con los requisitos** ☐ **Medicaid** ☐ **No asegurado**
☐ **Indio estadounidense o nativo de Alaska** ☐ **FQHC/RHC no asegurado** ☐ **Subasegurado**

He recibido una copia de la información sobre la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) que se administrará(n) y la he leído o he hecho que me la expliquen. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) solicitada(s) y pido que la(s) misma(s) se administre(n) a mí o a la persona indicada arriba, en nombre de quién estoy autorizado a presentar esta solicitud.

FIRMA - Persona que recibirá la vacuna o persona autorizada para firmar en nombre del paciente

Fecha de la firma

X

FOR OFFICE USE

Vaccine	VIS Date	Body Route	Body Site*	
DTP/aP	05/17/2007	IM	RV LV RD LD	
HepB	07/18/2007	IM	RV LV RD LD	
Hib	12/16/1998	IM	RV LV RD LD	
MMR	03/13/2008	SC	RV LV RD LD	
Mening	01/28/2008		RV LV RD LD	
Pneumococcal	04/16/2010	IM	RV LV RD LD	
Polio	01/01/2000		RV LV RD LD	
Varicella	03/13/2008	SC	RV LV RD LD	
Other				

*RV = Right Vastus Lateralis LV = Left Vastus Lateralis RD = Right Deltoid LD = Left Deltoid Subcutaneous injections are administered in the muscle "area".

SIGNATURE AND TITLE - Person Administering Vaccine

Date Vaccine Administered