



Departamento de Salud Pública del Suroeste de Utah

Toda la información es estrictamente confidencial: Por favor responda a todas las preguntas

(Por favor imprimir)

Apellido del Paciente		Primer Nombre		Segundo Nombre		Fecha de Nacimiento (mes/día/año)		edad		Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Nativo <input type="checkbox"/> Isleño del pacífico			Etnia <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano		Contacto de emergencia (nombre, número de teléfono, relación)						
Dirección			unidad		Ciudad			Estado		Codigo Postal	
Teléfono		Mejor manera de contacto <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico		Correo electrónico: Comuníquese conmigo sobre los proximos eventos y servicios suscribase <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no							
Seguro Médico Primario			Número de ID		Nombre del Suscriptor (nombre en la tarjeta)						
Fecha de Nacimiento del Suscriptor (mes/día/año)			Relación al Paciente		Dirección del Suscriptor						

Cuestionario de Vacunas				Sí	No	No sé
1. ¿El individuo está enfermo hoy?						
2. ¿Tiene el individuo alergias a medicamentos, alimentos, algún componente de la vacuna o al látex? Describir _____						
3. ¿Ha tenido el individuo alguna vez una reacción grave a una vacuna en el pasado, como mareos o desmayos? Describir: _____						
4. ¿Tiene el individuo un problema de salud a largo plazo con corazón, pulmón (incluido asma), riñón, hígado, sistema nervioso o enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), un trastorno sanguíneo, no tiene bazo, un implante coclear, ¿O una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Están tomando aspirina con regularidad o medicamentos parecidos a aspirina?						
5. ¿El individuo, un hermano o uno de los padres ha tenido una convulsión? ¿Ha tenido el individuo algún problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?						
6. ¿Alguna vez le han diagnosticado al individuo una afección cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C) después de una infección con el virus que causa el COVID-19?						
7. ¿Tiene el individuo algún problema del sistema inmunológico como cáncer, leucemia, VIH/SIDA?						
8. En los últimos 6 meses, ¿la persona ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer? medicamentos para tratar la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o recibió tratamientos de radiación?						
9. En el último año, ¿la persona recibió inmunoglobulina (gamma), sangre/productos sanguíneos o un medicamento antiviral?						
10. ¿Está la persona embarazada?						
11. ¿Ha recibido la persona vacunas en las últimas 4 semanas? Describir: _____						
12. Para bebés: ¿Alguna vez le han dicho que el niño tuvo intususcepción?						

Cuestionario de detección de la prueba de tuberculosis (TB)				Sí	No	No sé
¿Se ha realizado la persona una prueba cutánea de tuberculosis anteriormente? Si es así, fecha de la última prueba _____ y resultados _____						
¿Se ha realizado alguna vez el individuo un análisis de sangre QuantiFERON (QFT) para detectar la enfermedad de tuberculosis? Si es así, ¿cuáles fueron los resultados _____						
Alguna vez se le ha diagnosticado al individuo tuberculosis latente o activa?						
Alguna vez el individuo ha recibido tratamiento para tuberculosis?						
¿El individuo ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?						
El individuo ha recibido la vacuna BCG contra la tuberculosis? (no administrado en los Estados Unidos)						

Firme aquí ↓	Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y exacta. Doy mi consentimiento para que se soliciten los servicios.	
	Para visitas de vacunación: Me han entregado una copia y he leído o me han explicado la información contenida en las Declaraciones de Información de Vacunas importantes. Tuve la oportunidad de hacer preguntas, que fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas y solicito que las vacunas indicadas se administren a la persona nombrada arriba para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud. Acepto que esta información pueda compartirse con escuelas, guarderías, proveedores de atención médica y otros cuando se considere médicamente necesario y con el Registro de Vacunación del Estado de Utah.	
	POR LA PRESENTE LIBERO AL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DEL SUDOESTE DE UTAH Y A SUS EMPLEADOS, DE TODOS RECLAMOS QUE SURJAN DE TALES SERVICIOS. ENTIENDO QUE LA FACTURACIÓN DEL SEGURO MÉDICO NO GARANTIZA EL PAGO Y QUE SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER SALDO IMPAGO.	
Estamos obligados a informarle sobre nuestras prácticas de privacidad para la información que recopilamos y conservamos sobre usted. Me han ofrecido una copia del documento de salud. Aviso de prácticas de privacidad del Departamento y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se puede utilizar mi información.		
X Firma _____ Escribo nombre completo: _____ Fecha de hoy: _____		
Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Sí mismo (debe tener 18 años o más) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Otro _____ (8/26/24)		