CENTRAL DISTRICT HEALTH DEPARTMENT

OFICINA PRINCIPAL *707 N Armstrong Place, Boise, ID 83704-0825 (208) 327-7450 Fax (208) 327-8580

INFORMACION DEL CLIENTE

INFROMACION DEMOGRAFICA DEL CLIENTE **NUMERO DEL CLIENTE** _____

Fecha de Nacimiento _____/_____/_____ **Edad** _____ **SS# (opcional)** _____

Nombre (Primero) _____ **Segundo** _____ **Apellido**_____

Direccion _____

Codigo Postal _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____

Telf. Casa _____**Trabajo** _____ **Celular**_____

Optional: Email_____ **Numero para mandar texto** ☐ Yes ☐ No

Genero ☐ Mujer ☐ Hombre **Al nacer fue Usted un :** ☐ Solo ☐ Gemelo ☐Trillizo ☐ Otro

Raza ☐ Blanco ☐ Indio Americano ☐ Negro ☐Nativo de Alaska ☐Asiatico ☐ Isleno del Pacifico Hawaiano ☐ Otro **Raza** ☐ Hispano ☐ No Hispano ☐ Desconocido

Lenguaje ☐ Ingles ☐ Espanol ☐ Otro _____ **Ingles Limitado** ☐ Si ☐ No

Apellido de Soltera de Madre _____ **Alias del Cliente** _____

INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN ☐ **Madre** ☐ **Padre** ☐ **Otro**_____
SS# (opcional) _____

Nombre (Primero) _____ **Segundo** _____ **Apellido** _____

Direccion _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Codigo Postal**_____

Fecha de Nacimiento _____/_____/_____

SEGURO PRIMARIO ☐ Ninguno Relacion del paciente al asegurado: ☐ Mismo ☐ Conyuge ☐ Hijo/a

Compania de Seguro :_____ Nombre del asegurado principal:_____

Fecha de Nacimiento del asegurado:_____Numero de Telefono del asegurado:_____

ID#:_____Grupo #:_____

Direccion del asegurado si es diferente al cliente:_____

INFORMACION DE MEDICAID

Nombre (como aparese en su carta):_____ Medicaid #_____

TODOS LOS CLIENTES FAVOR DE LEER Y INICIAL

_____ Yo reconosco que recibi una copia, o me explicaron el Aviso de Practicas de Privacidad del Departamento de Salud del Distrito Central.

_____ Yo reconosco que recibi, y he leeido, y entendido la Poliza Financiera y Nombramiento.

_____ Necesito asistencia financiera. Numero de personas en mi casa _____ Mi Ingreso Mensual_____

*****Ingreso bruto mensual (No lo deje en blanco, no le ponga 0)*****

_____ Yo entiendo que puedo negar las vacunas para mi hijo/a por religion o otros motivos.

_____ Participacion o negamiento del registro de vacunas (Iris) es voluntario. Hable al Programa de vacunas de Idaho al 208.334.5931 para optar fuera. Si usted no opta fuera del programa de Iris los archivos de vacusas seran archivados.

Firma de la persona recibiendo las vacunas o la persona autorizada para hacer esta requesta:

FIRMA X_____ FECHA _____

CENTRAL DISTRICT HEALTH DEPARTMENT

OFICIANA PRINCIPAL *707 N Armstrong Place, Boise, ID 83704-0825 (208) 327-7450 Fax (208) 327-8580

Historia Medica

Las siguientes preguntas nos ayudaran a determinar cuales vacunas debera recibir hoy. Si alguna pregunta no esta clara, favor de pedirle una explicacion a su proveedor medico.

PLEASE MARK ANSWER

El cliente esta enfermo hoy?	☐ YES	☐ NO	☐ NOT SURE
Tiene el cliente alguna alergia conosida a medicacion, comida, vacuna componente o latex? (por ejemplo: huevos) Por favor liste:_____	☐ YES	☐ NO	☐ NOT SURE
Ha tenido el cliente una reaccion seria despues de recivir vacunas? (de rutina o de la gripe)	☐ YES	☐ NO	☐ NOT SURE
Ha tenido el paciente el syndrome de Guillain-Barre (un tipo de debilidad seria temporalmente en los musculos) convulsions, o desordenes neurologicos ?	☐ YES	☐ NO	☐ NOT SURE
Tiene el paciente cancer, leukemia, HIV/Sida, problemas del sistema inmunologico o tiene contacto cercano con una persona que tenga que tener un ambiente protegido (por ejemplo, algien que acaba de tener un transplante de medulla osea)?	☐ YES	☐ NO	☐ NOT SURE
Toma el cliente cortisona, prednisone, otros esteroides o medicamentos contra el cancer, o ha tenido el cliente tratamientos de radiacion? _____.	☐ YES	☐ NO	☐ NOT SURE
Durante el **ultimo ano**, a recibido. El cliente una transfusion de sangre, o le han dado, al cliente medicina llamada globulima (gamma) immune? Si, cuando? Mes _____ Dia _____	☐ YES	☐ NO	☐ NOT SURE
Ha recibido el cliente vacunas de MMR, Varicela, Rotavirus o Influenza intranasald en las **ultimas 4semanas**? Si, cuando: Mes _____ Dia _____	☐ YES	☐ NO	☐ NOT SURE
Tiene el cliente alguno de lo siguiente: asma, respiracion sibilante, diabetes (o alguna otra enfermedad metabolica), o enfermedad de los rinones, del corazon , de los pulmones, los nervios, el higado, o enfermedad de la sangre?	☐ YES	☐ NO	☐ NOT SURE
Ha tenido, el paciente la enfermedad de varicela? Si, cuando?_____	☐ YES	☐ NO	☐ NOT SURE
Tiene su familia un dentista?	☐ YES	☐ NO	☐ NOT SURE
Ha visto su hijo/a un dentist en el ultimo ano?	☐ YES	☐ NO	☐ NOT SURE
Para Mujeres: esta, usted embarazada o podria estar embarazada durante el proximo mes?	☐ YES	☐ NO	☐ NOT SURE

Circule todo el que aplique :
Medicaid / No Seguro / Seguro/ Indio Americano / Nativo de Alaska / Con poca covertura

He recibido las Declaraciones de informacion de vacunas para las vacunas que me van a administrar en esta visita. Yo entiendo los riesgos y beneficios de estas vacunas y requesto que me las administren a mi o a mi hijo/a segun lo autoriza la firma a continuacion.

He sido informado sobre las vacunas que han circulado y yo he decidido no administrarmelas ni you o mi hijo/a hoy.
Dtap / Flu / Hep A / Hep B / HIB / HPV / Meningitis / MMR / PCV 13 / Polio / Rotavirus / Tdap / Varicella

_____ Si, el cliente volvera a CDHD para sus proximas vacunas _____ No, el cliente volvera a su Doctor regular para sus proximas vacunas

Firma de la persona llenando la forma: _____**Dia :** _____**Enfermera:** _____

He revisado la informacion arriba y he hecho los cambios nesesarios como indicado.

He recibido las Declaraciones de informacion de vacunas para las vacunas que me van a administrar en esta visita. Yo entiendo los riesgos y beneficios de estas vacunas y requesto que me las administren a mi o a mi hijo/a segun lo autoriza la firma a continuacion.

He sido informado sobre las vacunas que han circulado y yo he decidido no administrarmelas ni you o mi hijo/a hoy.
Dtap / Flu / Hep A / Hep B / HIB / HPV / Meningitis / MMR / PCV 13 / Polio / Rotavirus / Tdap / Varicella

_____ Si, el cliente volvera a CDHD para sus proximas vacunas _____ No, el cliente volvera a su Doctor regular para sus proximas vacunas

Firma de la persona llenando la forma: _____**Dia :** _____**Enfermera:** _____

3-21-14

Client Name _____ Client DOB _____ Patient # _____