



## Forma de Pago

Fecha: \_\_\_\_\_

*(Por favor, llene la forma completa en letra de molde. Padre/Guardian Legal firmar la forma en la línea indicada)*

Nombre del Paciente : \_\_\_\_\_ (Sexo) Hombre/Mujer Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio : \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre: \_\_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_

¿En el estado de Illinois, usted o su hijo(a) han estado en WIC o en otro programa del departamento de salud? Si/No  
¿Ha estado usted conocido por otro nombre? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

*Cliente tiene que traer la tarjeta de Medicaid, conteniendo el nombre de la persona que recibirá servicios.*

Número de identificación (Medicaid): \_\_\_\_\_

Recibido (Pago en efectivo) \_\_\_\_\_ (Total) \_\_\_\_\_ (Número de cheque) \_\_\_\_\_ (Total) \_\_\_\_\_

*(Por favor avísenos si necesita un recibo para este servicio.)*

Educ	<input type="checkbox"/>	DTap	90700	Educ	<input type="checkbox"/>	MMRV – ProQuad	90710
_____	<input type="checkbox"/>	Hep A – Havrix	90633	_____	<input type="checkbox"/>	Pediarix	90723
_____	<input type="checkbox"/>	Hep B	90744	_____	<input type="checkbox"/>	Pentacel	90698
_____	<input type="checkbox"/>	Hib – Acthib	90648	_____	<input type="checkbox"/>	Prevnar 13	90670
_____	<input type="checkbox"/>	HPV (Gardasil)	90649	_____	<input type="checkbox"/>	Rotateq	90680
_____	<input type="checkbox"/>	IPV (Polio)	90713	_____	<input type="checkbox"/>	Rotarix	90681
_____	<input type="checkbox"/>	Kinrix Dtap-IPV	90696	_____	<input type="checkbox"/>	TD Decavac	90714
_____	<input type="checkbox"/>	Meningitis (mcv4)	90734	_____	<input type="checkbox"/>	Tdap Adavel/Boostrix	90715
_____	<input type="checkbox"/>	MMR	90707	_____	<input type="checkbox"/>	Varicella	90716

*Educación: Explicado al cliente el siguiente: Formas del VIS, todos los componentes de cada vacuna, y preguntas y/o preocupaciones contestadas de los clientes.*

Nurse's Signature: \_\_\_\_\_

Yo autorizo que el proveedor de servicios hace público información y hace cobros al Departamento de Ayuda Pública de Illinois para los servicios de hoy; si no yo entiendo que soy responsable por mi cuenta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Jo Daviess County Health Department

## Forma del cuestionario y del consentimiento de la inmunización

(Immunization Questionnaire and Consent Form)

Por favor pregunte de la respuesta comprobando la caja. Si una pregunta no está clara, por favor pregunte a enfermera. (Please answer questions by checking the box. If a question is not clear, please ask a nurse.)

	SI	NO	COMENTARIO
¿Es el niño/el uno mismo enfermos hoy? Is the child/self sick today?			
¿El niño/el uno mismo tiene alergias a las medicaciones, al alimento o a la vacuna? Does the child/self have allergies to medications, food or vaccine?			
¿El niño/el uno mismo ha tenido siempre una reacción seria después de recibir una vacunación? Has the child/self ever had a serious reaction after receiving a vaccination?			
¿El niño/el uno mismo tiene cáncer, leucemia, el SIDA, el trasplante del órgano, u otro problema del sistema inmune? Does the child/self have cancer, leukemia, AIDS, organ transplant, or any other immune system problem?			
¿El niño/el uno mismo toma la cortisona, prednisone, otros esteroides, drogas anticáncer, o tenía tratamientos de la radiografía en los últimos 3 meses? Does the child/self take cortisone, prednisone, other steroids, anticancer drugs, or had x-ray treatments in the past 3 months?			
¿Tiene el niño/el uno mismo tiene un problema del asimiento, del cerebro o del nervio? Has the child/self has a seizure, brain or nerve problem?			
¿Durante el último año, el niño/el uno mismo recibió una transfusión de los productos de la sangre, o se ha dado una medicina llamó la globulina (gamma) inmune? During the past year, has the child/self received a transfusion of blood products, or been given a medicine called Immune (gamma) globulin?			
¿Usted ha recibido vacunaciones en las últimas 4 semanas? Have you received any vaccinations in the past 4 weeks?			
<b>PARA LAS HEMBRAS SOLO:</b> ¿Es el niño/los embarazados adolescente o está allí una ocasión que ella podría llegar a ser embarazado durante el mes próximo? Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month?			

Revisado Por \_\_\_\_\_

Doy por este medio mi consentimiento para el departamento de la salud del condado de Jo Daviess (JDCHD) para inmunizar

Nombre con letra de molde el hijo o hija \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

y no llevará a cabo al JDCHD o a miembro de su personal obligado para ninguna reacciones. También doy mi consentimiento para el JDCHD a la información de la inmunización del niño del lanzamiento al médico, a los funcionarios de la escuela y a los miembros especificados de la familia a petición. Me han dado las declaraciones vacineas apropiadas de la información y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Firma de los Padres \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_