

PULMONÍA

ADMINISTRACION DE LA VACUNA DEL PULMONÍA: RECORD DE LA VISITA

“Yo he leído, o me han explicado la información de la Declaración de información de vacunas o la importancia de la información, sobre las vacunas que se nombran abajo. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas, que fueron contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas que se mencionan abajo, y he pedido que la vacuna o las vacunas sean puestas a mi o a la persona cuyo nombre aparece abajo, a quien estoy autorizada (o) a tomar esta decisión.”

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL		
DIRECCIÓN:	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO
TELÉFONO:	SEGURO SOCIAL #	ESTADO MARITAL:	SEXO: M or F	
FECHA-DE-NACIMIENTO	EDAD:	RAZA:	ESCUELA:	GRADO:
FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VACUNA O DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA HACER LA SOLICITUD Y RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE EL AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD (NPP).				
X _____ FECHA _____				
(Si la persona quien está tomando la vacuna es menor de 18 años, complete la siguiente forma oscura.)				
Padre o Guardián:	Apellido	Nombre	Inicial	Segundo Apellido

Doctor Privado: _____ Direccion: _____

Para que Medicare pague por la vacuna, por favor complete la información debajo:

NOMBRE EXACTO EN LA TARJETA DE MEDICARE: _____

NÚMERO DE MEDICARE / PARTE B# _____

FIRMA DE AUTHORIZACIÓN A CARGAR COBRO: _____

SI EL SEGURO NO PAGA POR LA VACUNA, EL PACIENTE ES RESPONSABLE POR EL PAGO DE LA VACUNA.

FOR OFFICE USE ONLY

Form checked, insurance card seen (Name & Part B), VIS given and NPP witnessed by _____
(Initials)

BILL MEDICARE PART B ONLY _____

PAID \$ _____ CASH CHECK # _____ RECEIPT# _____ CREDIT CARD CASHIER INITIALS _____

CC TYPE: Visa / MasterCard/Other CC# _____ EXP. DATE _____ CC SECURITY# _____

Please turn page over and complete side 2

Nombre: _____ Fecha-De-Nacimiento: _____ Edad: _____

Por favor rodee sí o no a las preguntas siguientes:

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1. ¿Es Ud. 19-64 años de la edad? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 2. ¿Ha tenido una vacunación previa de pulmonía? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 3. ¿Ha sido por lo menos 5 años desde su última pulmonía herida? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 4. ¿Es Ud. 65 años o más viejo? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 5. ¿Fuma? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 6. ¿Tiene el asma, COPD, la enfisema u otras enfermedades pulmonares crónicas? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 7. ¿Tiene la diabetes? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 8. ¿Tiene de largo tiempo problemas de corazón, hígado o riñón? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 9. ¿Toma la terapia represiva, immune y a largo plazo (radiación, los corticosteroids, etc) | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 10. ¿Ha tenido un trasplante de órgano o medulla ósea? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 11. ¿Jamás ha tenido usted una reacción a alguna vacuna? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| 12. ¿Tiene una fiebre u otra enfermedad hoy? | <i>Sí</i> | <i>No</i> |

*******FOR CLINIC/OFFICE USE ONLY*******

**Queen Anne's County Department of Health
206 N. Commerce Street
Centreville, MD 21617**

Alternate site:

Date of VIS or IIS:

4/24/15

11/5/15

VACCINE GIVEN:

**Pneumovax 23/Pneumococcal
Polysaccharide (PPSV 23)**

**Prevnar 13/Pneumococcal
Conjugate (PCV13)**

**DATE VACCINE
ADMINISTERED:**

**VACCINE
MANUFACTURER:**

**VACCINE LOT
NUMBER &
EXPIRATION DATE**

SITE OF INJECTION:

**SIGNATURE
OF VACCINE
ADMINISTRATOR:**