

Registro de Vacunación para Adultos

Nombre del centro:

Información del paciente

Apellido:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Dirección postal:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Sexo legal:

Masculino

Femenino

Idioma preferido:

Por favor lea y firme abajo para indicar su consentimiento

- Las Declaraciones de Información sobre Vacunas (VIS) son hojas informativas producidas por los CDC que explican tanto los beneficios como los riesgos de las vacunas. Se pueden encontrar en cdc.gov/vaccines/hcp/vis.
- La participación en el Sistema de Información de Recordatorios de Inmunización de Idaho (IRIS) y la retirada del mismo es voluntaria. Puedo llamar al Programa de Inmunización de Idaho al 208-334-5931 para optar por no participar o retirarme. Si no opto por no participar en IRIS por escrito, mis registros de inmunización se almacenarán en el registro.
- Reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar el formulario de Consentimiento para Servicios, accesible mediante el código QR proporcionado.
Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para recibir servicios de acuerdo con estas políticas.
- Si en esta clínica de inmunización se ofrece la vacuna contra la gripe, deseo recibirla. ☐ Sí ☐ No



para Servicios
Consentimiento

Nombre completo del paciente dependiente

Firma del padre, la madre o tutor

Fecha

Ada & Boise County

707 N. Armstrong Pl. Boise, ID 83704
208-375-5211

Elmore County

520 E. 8th N. Mountain Home, ID 83647
208-587-4407

Valley County

703 1st St. McCall, ID 83638
208-634-7194

Lista de Verificación de Contraindicaciones de las Vacunas para Adultos

Para pacientes: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy. Si responde "sí" a alguna pregunta, no significa necesariamente que usted no deba vacunarse. Solo significa que necesitamos hacerle más preguntas. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Su Nombre:

Fecha de Nacimiento:

	sí	no	no sé
1. ¿Está enfermo hoy?			
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o látex?			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave después de recibir una vacuna?			
4. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas de salud a largo plazo con enfermedades cardíacas, pulmonares, renales o metabólicas (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, falta del bazo, implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está recibiendo tratamiento con aspirina a largo plazo?			
5. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario?			
6. ¿Tiene un padre/una madre, hermano o hermana con un problema del sistema inmunitario?			
7. En los últimos 6 meses, ¿ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o fármacos contra el cáncer; fármacos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido radioterapia?			
8. ¿Ha tenido una convulsión o un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?			
9. ¿Le han diagnosticado alguna vez una cardiopatía (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-A o SIM-C) después de una infección por el virus del COVID-19?			
10. Durante el año pasado, ¿ha recibido globulina inmunitaria (gamma), sangre/hemoderivados o un fármaco antiviral?			
11. ¿Está embarazada?			
12. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?			
13. ¿Se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de una inyección?			
14. ¿Está ansioso por ponerse una inyección hoy?			

Formulario completado por

Fecha

Formulario revisado por

Fecha

¿Trajo la tarjeta de registro de inmunización? sí no

Es importante tener un registro personal de sus vacunas. Si no tiene un registro personal, pídale a su proveedor de atención médica que le dé uno. Conserve este registro en un lugar seguro y llévelo consigo cada vez que busque atención médica. Asegúrese de que su proveedor de atención médica registre todas sus vacunas.

Ada & Boise County

707 N. Armstrong Pl. Boise, ID 83704
208-375-5211

Elmore County

520 E. 8th N. Mountain Home, ID 83647
208-587-4407

Valley County

703 1st St. McCall, ID 83638
208-634-7194