

**SALT LAKE VALLEY HEALTH DEPARTMENT**  
Family Health Services – Client Encounter Document

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

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Masc: \_\_\_\_\_ Fem.: \_\_\_\_\_

Raza: Blanca  Afroamericano  Asiático  Indoio Americano  Nativo de Alaska   
Islas del Pacífico  Otro

Hispano: Sí  No

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Tel.(casa): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**SU PRIVACIDAD**

Se me ha dado la oportunidad de leer la Información sobre Prácticas de Privacidad del SLVHD, y también me ha sido explicada. Además, entiendo que puedo solicitar una copia de dichas prácticas en un formato alternativo razonable (*iniciales*) \_\_\_\_\_. Estoy de acuerdo en que esta información sobre vacunas puede ser compartida con escuelas, guarderías, médicos o enfermeras, y otros profesionales de la salud que las necesiten para verificar el estado de inmunización, auditorías, y estudios de salud pública. También estoy de acuerdo que esta información puede ser compartida con personal de atención médica o de salud pública, que tuviese una necesidad legítima de acceder a la información de vacunas para ayudar a un paciente o proteger la salud de otros estrechamente vinculados con el paciente. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante una comunicación por escrito al SLVHD. La divulgación de información será efectiva hasta tanto sea cancelada por escrito.

Firma (X) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación con el/la paciente: \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo negarme a firmar esta sección. Entiendo que una vez que mi información sea compartida con otra persona o agencia, puedo perder las protecciones previstas por las Normas de Privacidad y que puedo estar sujeto a que el que la recibe, a su vez puede divulgarla a otros.

He recibido una copia y la he leído o me ha sido explicada, la información contenida en la Declaración de Información de Vacunas sobre las enfermedades y las vacunas. Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas y solicito que las vacunas indicadas en esta hoja me sean aplicadas a mí o a la persona por la cual estoy autorizado/a a hacer esta solicitud.

**Certifico que la información que he provisto es completa y verdadera.** Autorizo y consiento el tratamiento médico de emergencia y exámenes que los profesionales de la salud del **Departamento de Salud del Valle de Salt Lake** puedan prescribir.

Firma (X) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación con el/la paciente: \_\_\_\_\_

First Dose  Second Dose

Encounter#

Date:

Grupos Clave		Sí	No
1	¿Cuida o vive en una casa donde hay un bebé de 6 meses de edad o menos?		
2	¿Trabaja en atención médica o es paramédico?		
3	¿Es una persona que tiene entre seis meses a 24 años de edad?		
4	¿Está embarazada? <i>No es elegible para la vacuna de Spray Nasal</i>		
5	¿Es un niño de entre 5 a 18 años cuyas condiciones de salud crean mayor riesgo por complicaciones relacionadas con la influenza? <i>No es elegible para la vacuna de Spray Nasal</i>		
6	¿Es un adulto entre 18 a 64 años con condiciones de salud que crean mayor riesgo por complicaciones relacionadas con la influenza? <i>No es elegible para la vacuna de Spray Nasal</i>		

Preguntas de elegibilidad (H1N1 Inyectable TF y H1N1 Inyectable)		Sí	No
1	Si esta vacuna es para un bebé, ¿el bebé tiene por lo menos 6 meses de edad?		
2	¿Tiene alergia a huevos o alguno de los componentes de la vacuna contra la flu? (La Flumist contiene MSG, Gelatina, Arginine y Gentamicina)		
3	¿Alguna vez tuvo una reacción seria después de haber recibido la vacuna de la flu estacional?		
4	¿Alguna vez tuvo el Síndrome de Guillan-Barre? (Esta es una enfermedad paralizante (GBS))		
5	¿Alguna vez leyó la información correspondiente a la vacuna?		

Preguntas adicionales para la H1N1 de Spray Nasal		Sí	No
1	¿Usted tiene menos de 24 meses o ha cumplido los 50 años de edad?		
2	¿Está embarazada, o piensa que puede estar embarazada?		
3	En las últimas dos semanas, ¿ha tomado algún medicamento antiviral como Relenza o Tamiflu?		
4	¿Tiene algún problema de salud de larga duración como Enfermedad al corazón, riñones o pulmones (incluyendo asma, vías respiratorias irritables o espásticas), diabetes u otra?		
5	¿Tiene contacto cercano con alguien cuyo sistema inmune está debilitado, tal como una persona que ha tenido un trasplante de médula?		
6	¿Tiene algún problema con su sistema inmune, tal como cáncer, tratamiento por cáncer, VIH, Leucemia, Trasplante de médula u otros trasplantes?		
7	¿Tiene trastornos musculares o nerviosos que le provoquen problemas para tragar o respirar tales como Esclerosis múltiple, ataques o parálisis cerebral?		
8	¿Usted es un niño o adolescente que toma aspirina o está en terapia con aspirinas?		
9	¿Ha recibido la vacuna nasal para influenza estacional, la Triple o Varicela en los últimos 28 días?		

\_\_\_\_\_  
 **Screener Signature**

## PARA USO DE LA OFICINA

Immunizations	Lot#	Site	Dos	Rte	VIS
233 H1N1 Nasal	_____	_____	0.2 cc	IN	Oct-09
234 H1N1 Inyectable TF	_____	_____	0.25 cc 0.5 cc	IM	Oct-09
CSL GSK Novartis Sanofi					
236 H1N1 Inyectable	_____	_____	0.25 cc 0.5 cc	IM	Oct-09
CSL GSK Novartis Sanofi					

\_\_\_\_\_  
 **Nurse/Provider Signature**

\_\_\_\_\_  
 **Nurse/Provider #**

CDP # Insurance Plan	Data Entry
<input type="checkbox"/> Medicaid/Medicaid HMO's <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Medicare/Medicare Replacement Plans <input type="checkbox"/> Insurance Plan	Employee ID# _____  Employee Signature _____