

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO JASPER**  
 EN COOPERACION CON  
 EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS DE LOS ANCIANOS DE MISSOURI  
 105 LINCOLN—CARTHAGE, MISSOURI 64836  
 TELEFONO: 417/358-3111 – FAX: 417/358-0494

Por favor responda las preguntas debajo, llenar la forma de consentimiento y volver a la recepción

¿Tiene paciente seguro médico?      Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
 Si responde sí, paga el seguro  
 médico por las vacunas?              Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Tiene paciente Medicaid?              Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_      DCN # \_\_\_\_\_

Es paciente: Nativo Americano        Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
 Nativo de Alaska                          Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

APPELLIDO		PRIMER NOMBRE		INICIAL		SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININA		FECHA DE NACIMIENTO	
NUMERO DE TELEFONO		RAZA <input type="checkbox"/> CAUCASICO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ASIATICO/ DE ILAS DEL PACIFICO		ORIGIN <input type="checkbox"/> NO HISPANO <input type="checkbox"/> CUBANO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/> MEXICANO <input type="checkbox"/> CENTRO/SUR AMERICANO <input type="checkbox"/> PUERTO RICANO <input type="checkbox"/> OTRO		WIC <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO			
DIRECCION			CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL		
FIRMA 							FECHA		

Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      ¿Paciente ha tenido alguna vez una reacción al componente tos ferina de la  
 vacuna DTP?

Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      ¿Paciente ha tenido lesión o un accidente dentro de los últimos 10 años y  
 recibió una vacuna contra el tétanos?

¿Si responde sí, cuál era la fecha? \_\_\_\_\_

Doy permiso a la enfermera de salud inmunice mi niño(a), y después de leer la hoja de información que soy consciente de reacciones posibles de las vacunas. También, entiendo que información sobre la política de privacidad está disponible para revisión en el departamento de salud.

FIRMA DE PADRES O PERSONA AUTORIZADO PARA ESTE PEDIDO

**USA DE LA CLINICA**

Tdap	MCV4	Td
<u>CLINIC ID</u> JASPER COUNTY HEALTH DEPT	<u>CLINIC ID</u> JASPER COUNTY HEALTH DEPT	<u>CLINIC ID</u> JASPER COUNTY HEALTH DEPT
<u>Date Vaccinated</u>	<u>Date Vaccinated</u>	<u>Date Vaccinated</u>
<u>Manuf. &amp; Lot #</u>	<u>Manuf. &amp; Lot #</u>	<u>Manuf. &amp; Lot #</u>
<u>Signature/Vacc Admin</u>	<u>Signature/Vacc Admin</u>	<u>Signature/Vacc Admin</u>
L or R      Deltoid	L or R      Deltoid	L or R      Deltoid