# ADULT (19 YEARS AND OLDER) VACCINE DOCUMENTATION/CONSENT FORM

| INFORMACION DEL PASIENTE | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** | **Nombre:** **Inicial:** **Apellido:** | | | **Apellido de Soltera/Alias:** |
| **Fecha de Nacimiento:** | **Edad:** | **Núm. de Seguro Social:** | **Idioma de Preferencia:** | **Médico de Cabecera:** |

**Origen Étnico:** Hispano ____Sí ___No

**Sexo** ____Masculino ____Femenino

**Raza:** (Elija los que le aplique)
____Asiático / Otro Islas Pacificas ____Hawaiano
____Negro/Afro Americano ____Indio Americano / Nativo de Alaska
____Caucásica o Blanco ____Desconocido / Otro _____

| **Dirección:** | **Ciudad:** | **Estado:** | **Condado:** | **Código Postal:** |
|---|---|---|---|---|

**Núm. De Teléfono:** Verizon __ Sprint __ T-Mobile __ AT&T__ Otro: __

**Aviso por Texto:** **Si _** **No_**

**Correo Electrónico:** @yahoo.com @hotmail.com @gmail.com @ksu.edu

**Aviso por Correo Electrónico:** **Si _** **No_**

## INFORMACION DE COBERTURA MEDICA

**Por favor llene completamente la siguiente información y una copia de su tarjeta de seguro médico.**

**SEGURANZA PRIMARIA**

Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento_____

Relación con el Asegurado: Si Mismo Cónyuge Hijo/Hija Otro_____

ID#_____Groupo #_____

**SEGURANZA SECUNDARIA**

Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento_____

Relación con el Asegurado: Si Mismo Cónyuge Hijo/Hija Otro_____

ID#_____Groupo #_____

| CUESTIONARIO DE EVALUACION PARA VACUNACION | |
|---|---|
| 1. ¿Estás enfermo o experimentar fiebre alta? | Sí No |
| 2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o látex? Lista de: | Sí No |
| 3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna? Por favor explique: | Sí No |
| 4. ¿Tienes problema de salud de largo plazo como enfermedades: pulmonar, cardiaca, renal, metabólica (p. ej., diabetes), asma, anemia, trastorno de la sangre o bazo (esplenectomía)? | Sí No |
| 5. ¿Tienes cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario? | Sí No |
| 6. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que debilitan el sistema inmunológico, como cortisona, prednisona, otros esteroides o fármacos antineoplásicos, o tratamientos de radiación? | Sí No |
| 7. ¿Ha tenido convulsiones, trastorno cerebral, síndrome de Guillain-Barré u otro problema del sistema nervioso? | Sí No |
| 8. ¿Durante el año pasado, has recibido una transfusión de sangre o hemoderivados, o recibido inmunoglobulina (gamma) o una droga antiviral? | Sí No |
| 9. ¿Has recibido vacunas en las últimas 4 semanas? | Sí No |
| 10. ¿Es usted un trabajador profesional de la salud? | Sí No |
| 11. ¿Soy un trabajador de laboratorio y puedo ser expuesto rutinariamente a aisladas o Neisseria meningitis, o muestras potencialmente contener el virus de la hepatitis A o hepatitis B? | Sí No |
| 12. **Para Mujeres:** ¿Está embarazada o existe la posibilidad que usted podría quedar embarazada durante el próximo mes? ¿Si está embarazada, cuántas semanas de gestación? | Sí No |
| 13. **Para Mujeres:** ¿Está amamantando? | Sí No |
| 14. ¿Soy un fumador? | Sí No |
| 15. ¿Soy un hombre que tiene sexo con hombres? | Sí No |
| 16. ¿Estoy o pronto estaré viviendo en una residencia o edificio que alberga un gran número de personas? | Sí No |
| 17. ¿Estoy planeando viajar fuera de los Estados Unidos? Localización: | Sí No |
| *18. **De los 26 años de edad y menores:** ¿Recibió la serie de vacuna contra virus del papiloma humano (VPH, Gardasil) como un niño?* | *Si No N/A Desconozco* |
| *19. **Los nacidos en 1980 o después:** ¿Has tenido varicela o han completado la serie de 2 dosis? ¿Has tenido varicela o han completado la serie de 2 dosis?* | *Si No N/A Desconozco* |
| *20. **Los nacidos en 1957 o después:** ¿Yo Recibí la serie de 2 dosis de triple viral (MMR)?* | *Si No N/A Desconozco* |
| *21. **Los de 60 años de edad y mayores**: ¿Yo Recibí la vacuna contra la culebrilla (zóster)?* | *Si No N/A Desconozco Si* |
| *22. Los de **65 años de edad y mayores:** ¿Yo Recibí las vacunas antineumocócicas, PPSV23 y Prevnar 13?* | *Si No N/A Desconozco* |
| *23. ¿Usted Trajo su registro de vacunación con usted?* | Sí No |

# ADULT (19 YEARS AND OLDER) VACCINE DOCUMENTATION/CONSENT FORM

I have been offered a copy of the Vaccine Information Statement(s) (VIS) checked below. I have read, had explained to me, and understand the information in the VIS(s). I ask that the vaccine(s) checked below be given to me or to the person named below for whom I am authorized to make this request. I consent to inclusion of this immunization data in the Kansas Immunization Registry for myself or on behalf of the person named below.

☐ Tdap ☐ Td ☐ Hep A ☐ Hep B ☐ Twinrix ☐ Gardasil (4,9) ☐ Meningococcal (A,C,Y,W-135)

☐ MMR ☐ Varicella ☐ Zostavax ☐ Hib ☐ Polio/IPV ☐ Influenza ☐ Meningococcal B

☐ Prevnar 13 ☐ PPSV23 ☐ Yellow Fever ☐ Typhim Vi ☐ Japanese Encephalitis ☐ _____ ☐ Pre-Exposure Rabies

_____ _____

Signature of Patient or Parent/Guardian Date

**FOR CLINICAL USE ONLY**

| VACCINE | DOSE | EXT | SITE | ROUTE | VIS DATE | MANUFACTURER LOT # | EXP DATE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Td Tdap | 0.5 mL<br>1 2 3 4 5 6 | RT LT | Deltoid | IM | Td 02/24/15<br>Tdap 02/24/15 | | |
| Hepatitis A | 1.0mL<br>1 2 | RT LT | Deltoid | IM | HepA 10/25/11 | | |
| Hepatitis B | 1.0 mL<br>1 2 3 | RT LT | Deltoid | IM | HepB 02/02/12 | | |
| Twinrix<br>(HepA & HepB) | 1.0 mL<br>1 2 3 | RT LT | Deltoid | IM | HepA 10/25/11<br>HepB 02/02/12 | | |
| HPV<br>(Gardasil 4,9) | 0.5 mL<br>1 2 3 | RT LT | Deltoid | IM | Gardasil4 05/17/13<br>Gardasil9 04/15/15 | | |
| MCV4 or MPSV4<br>(Menveo/Menactra or Menomune) | 0.5 mL<br>1 2 | RT LT | Deltoid | IM | Meningococcal<br>10/14/11 | | |
| MMR | 0.5 mL<br>1 2 | RT LT | Upper Arm | SC | MMR 04/20/12 | | |
| Varicella | 0.5 mL<br>1 2 | RT LT | Upper Arm<br>Thigh | SC | Chickenpox<br>03/13/08 | | |
| Zostavax | 0.5mL<br>1 | RT LT | Upper Arm<br>Thigh | SC | Shingles<br>10/06/09 | | |
| Hib | 0.5 mL<br>1 2 3 4 5 | RT LT | Deltoid | IM | Hib 04/02/15 | | |
| Polio/IPV | 0.5 mL<br>1 2 3 4 5 | RT LT | Upper Arm<br>Thigh | IM<br>SC | IPV 11/08/11 | | |
| Influenza<br>LAIV4 IIV3 IIV4 | 0.1mL 0.2mL<br>0.25mL 0.50mL | RT LT | Deltoid<br>Nasal | Intranasal<br>IM | Live/Inactivated<br>08/07/2015 | | |
| Meningococcal B | 0.5 mL | RT LT | Deltoid | IM | | | |
| PCV13<br>(Prevnar 13) | 0.5 mL<br>1 2 3 4 | RT LT | Deltoid | IM | Pneumococcal<br>Conjugate<br>02/27/13 | | |
| PPV23 | 0.5 mL<br>1 2 | RT LT | Deltoid | IM | Pneumococcal<br>Polysaccharide<br>04/24/15 | | |
| Yellow Fever<br>(9 months – 59 years) | 0.5 mL<br>1 2 | RT LT | Upper Arm | SC | Yellow Fever<br>03/30/11 | | |
| Typhoid<br>(2 years and older) | 0.5 mL<br>1 2 | RT LT | Deltoid | IM | Typhoid<br>05/29/12 | | |
| Japanese Encephalitis<br>(2 months and older) | 0.5 mL<br>1 2 | RT LT | Deltoid | IM | Japanese<br>Encephalitis<br>01/24/14 | | |
| Pre-Exposure<br>Rabies | 0.5 mL<br>1 2 3 | RT LT | Deltoid | IM | Pre-Exposure<br>Rabies<br>10/06/09 | | |
| Other | | | | | | | |

_____ _____

Signature and Title of Vaccine Administrator Date