



3180 Center St NE

Salem, OR 97301

OREGON Health & Human Services

¿Tiene el cliente aseguranza? Sí \_\_\_ No\_\_\_

Registro de Administración de Vacunas

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Género: Masculino\_\_\_ Femenino\_\_\_ Otro\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Raza: Indígena Americano/Nativo de Alaska Asiático Afro Americano Blanco Isleño del Pacífico/Nativo de Hawaiano

Etnicidad: ¿Hispano? Sí No Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

Table with 4 columns: Preguntas para el Examen del Paciente, Si, No, No sabe. 16 rows of questions regarding patient history and symptoms.

Notas de la enfermera:

El Departamento de Salud del Condado Marión recomienda firmemente que todas las personas que reciban vacunas esperen 15 minutos para ser observadas antes de salir de la clínica debido a que posiblemente se pueden desmayar, tener alguna reacción alérgica y otras posibles lesiones. Al firmar este formulario reconozco esta recomendación.

Imprima el nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Para niños menores a los 15 años debe ser el padre/madre o tutor legal

Por favor llene esta sección si otra persona que no sea el padre/madre o tutor legal traerá al paciente para las vacunas

Doy mi permiso para \_\_\_\_\_ para permitir a mi hijo que reciba las siguientes vacunas (haga un círculo en todas las vacunas que desea que su hijo reciba): Hep B Hep A Dtap Tdap Polio Hib PCV13 Rotavirus MMR Varicela HPV Influenza Meningocócica PPSV23 Instrucciones especiales para la enfermera:

**OFFICE USE ONLY**

Client name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

VIS given? Yes \_\_\_ No \_\_\_ Explanation: \_\_\_\_\_

| Code | Vaccine                             | Brand   | Site               | Dose           | Lot # | Exp. Date | VIS Date             |
|------|-------------------------------------|---|--------------------|----------------|-------|-----------|----------------------|
|      | COVID                               | Moderna<br>Johnson & Johnson<br>Pfizer                | LAI RAI            | .05cc          |       |           | EU                   |
|      | DTaP<br>Td<br>Tdap<br>ICD Code_____ | Adacel<br>Daptacel<br>Infanrix<br>Boostrix<br>Tenivac | LAI RAI<br>LTI RTI | 0.5cc          |       |           | 08/06/21             |
|      | DTaP/IPV/HBV                        | Pediarix  | LAI RAI<br>LTI RTI | 0.5cc          |       |           | 08/06/21<br>10/15/21 |
|      | DTaP/IPV/Hib                        | Pentacel  | LAI RAI<br>LTI RTI | 0.5cc          |       |           | 08/06/21             |
|      | DTaP/IPV                            | Kinrix  | LAI RAI<br>LTI RTI | 0.5cc          |       |           | 08/06/21             |
|      | Hib                                 | Pedvax  | LAI RAI<br>LTI RTI | 0.5cc          |       |           | 08/06/21             |
|      | PCV13<br>PPSV23                     | Prevnar<br>Pneumovax                                  | LAI RAI<br>LTI RTI | 0.5cc          |       |           | 08/06/21<br>10/30/19 |
|      | Rotavirus                           | Rotarix   | Oral               | 1.0cc          |       |           | 10/15/21             |
|      | Hep B                               | Engerix B<br>Heplisav<br>Recombivax Peds              | LAI RAI<br>LTI RTI | 0.5cc<br>1.0cc |       |           | 10/15/21             |
|      | Hep A                               | Havrix  | LAI RAI<br>LTI RTI | 0.5cc<br>1.0cc |       |           | 10/15/21             |
|      | IPV                                 | IPOL  | LAS RAS<br>LTS RTS | 0.5cc          |       |           | 08/06/21             |
|      | MMR<br>MMRV                         | MMR II<br>Proquad                                     | LAS RAS<br>LTS RTS | 0.5cc          |       |           | 08/06/21             |
|      | Varicella                           | Varivax   | LAS RAS<br>LTS RTS | 0.5cc          |       |           | 08/06/21             |
|      | HPV                                 | Gardasil 9  | LAI RAI<br>LTI RTI | 0.5cc          |       |           | 08/06/21             |
|      | Meningococcal                       | Menactra  | LAI RAI<br>LTI RTI | 0.5cc          |       |           | 08/06/21             |
|      | Hep A/B Combo                       | Twinrix   | LAI RAI<br>LTI RTI | 1.0cc          |       |           | 10/15/21             |
|      | Flu                                 | Fluarix<br>Flulaval<br>Fluzone High Dose              | LAI RAI<br>LTI RTI | 0.5cc          |       |           | 08/06/21             |

|   |   |
|---|---|
| <p align="center"><b>Billing and Coding (Circle all that apply)</b></p> <p><u>CHILDREN ONLY</u>    <u>ADULTS/KIDS w PRIVATE INSURANCE</u></p> <p><b>M</b> (OHP)            <b>O</b> (317 funds)            <b>S</b> (Special)</p> <p><b>N</b> (No insurance)    <b>B</b> (Private Insurance)    RT #: _____</p> <p><b>F</b> (Underinsured)    <b>L</b> (Flu—Private)            OHP #: _____</p> <p><b>A</b> (Amer. Ind./AK)    <b>B</b> (Self-Pay)                Staff: _____</p> | <p>Referrals:</p> <p><input type="checkbox"/> Tobacco Quit Line</p> <p><input type="checkbox"/> STI</p> <p><input type="checkbox"/> OHP Sign-up</p> <p><input type="checkbox"/> Primary Care</p> <p><input type="checkbox"/> Food Bank Information</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p> |
|---|---|

Staff Signature: \_\_\_\_\_, RN    Location: Salem    Staff ID: \_\_\_\_\_    Date: \_\_\_\_\_

Data Entry: Alert \_\_\_\_\_ RainTree \_\_\_\_\_