



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
	DTaP Td Tdap ICD Code _____	Daptacel Infanrix Boostrix Tenvirac	LAI RAI LTI RTI	0.5cc			
	DTaP/IPV/HBV	Pediarix	LAI RAI LTI RTI	0.5cc			
	DTaP/IPV/Hib	Pentacel	LAI RAI LTI RTI	0.5cc			
	DTaP/IPV	Kinrix	LAI RAI LTI RTI	0.5cc			
	Hib	Pedvax	LAI RAI LTI RTI	0.5cc			
	PCV13 PPSV23	Prevnar Pneumovax	LAI RAI LTI RTI	0.5cc			
	Rotavirus	Rotarix	Oral	1.0cc			
	Hep B	Engerix B Hepilisav Recombivax Peds	LAI RAI LTI RTI	0.5cc 1.0cc			
	Hep A	Havrix	LAI RAI LTI RTI	0.5cc 1.0cc			
	IPV	IPOL	LAS RAS LTS RTS	0.5cc			
	MMR MMRV	MMR II Proquad	LAS RAS LTS RTS	0.5cc			
	Varicella	Varivax	LAS RAS LTS RTS	0.5cc			
	HPV	Gardasil 9	LAI RAI LTI RTI	0.5cc			
	Meningococcal	Menactra	LAI RAI LTI RTI	0.5cc			
	Hep A/B Combo	Twinrix	LAI RAI LTI RTI	1.0cc			
	Flu	Fluarix Flulaval Fluzone High Dose	LAI RAI LTI RTI	0.5cc			

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

Staff Signature: _____ RN Location: _____ Staff ID: _____ Date _____

Data Entry: Alert _____ RainTree _____