



Citas: Favor de ir a  
[www.dignityhealth.org/chandlerimmunizations](http://www.dignityhealth.org/chandlerimmunizations)  
o llamar 480-728-3777

## Registro de Vacunación para ADULTOS.

**Por favor de leer y llenar las áreas iluminadas en todas las 4 páginas:**

Nombre de Pila:	Fecha de Nacimiento:	
Apellido:	Edad:	
Segundo Nombre:	Genero/Sexo:	
Teléfono:		
Domicilio:	Cuidad:	Código Postal:

### Marque la que correspondan:

- No Tengo Seguro Médico. (No estoy Asegurado)  
 Tengo Seguro Médico que No cubre el pago por vacunas (Seguro Insuficiente)  
 Tengo Seguro Médico que cubre el pago de todas las vacunas. **ALTO**, Favor de hablar con la recepcionista.

### Favor de leer y firmar.

Doy mi consentimiento al Proveedor de Salud que me administra las vacunas, para que entregue la información de todas las vacunas que se me administren a mi o a la persona para la que estoy autorizado a dar mi consentimiento al Sistema de Información de Vacunas del Estado de Arizona (ASIIS) para que provea la información sobre que vacunas he recibido. Entiendo que no estoy obligado a estar de acuerdo en que se entregue dicha información como condición para que se me administren las vacunas.

Me ha ofrecido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente que me informa como empezar un reclamo si siento que mis derechos han sido violados.

He recibido la copia que se me ha dado y la he leído, o se me ha explicado, el CDC "Hoja Informativa sobre la Vacuna" para la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) que se me van a administrar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y las mismas me fueron contestadas a mi plena satisfacción. Creo entender los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s) que he solicitado y pido que la(s) vacuna(s) que he marcado me sea(n) administrada(s). Mis iniciales indicarán mi aprobación para las vacunas que se me recomiendan en el formulario de administración de la vacuna.

**Firma:**

**Fecha:**

## Reconocimiento de Notificación Conjunta de Prácticas de Privacidad de Información de Salud (NPP)

Efectiva 14 de abril 2003 la ley requiere que **Chandler Regional Medical Center** dar a un paciente una copia de su Aviso de prácticas de privacidad de información de salud. Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Le daremos una copia en el momento del primer tratamiento y, si cambiamos nuestro aviso, a partir de entonces en la visita siguiente tratamiento. Al firmar abajo, usted reconoce el recibo del aviso como el paciente, representante personal del paciente, el agente autorizado del paciente, o de un individuo involucrado en la atención médica del paciente.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Reconocimiento de Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si esta forma es firmado por alguien que no sea el paciente, indique la relación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### Traducción de forma: Interpreter Service Documentation Form

Idioma preferido/Ayuda(s) auxiliar(es) del paciente: \_\_\_\_\_

Entiendo que CommonSpirit Health brinda servicios de interpretación y asistencia de comunicación, que incluyen intérpretes de lenguaje de señas, intérpretes orales, TTY/TDD, dispositivos de asistencia auditiva y otras ayudas y servicios auxiliares, de forma gratuita a todos los pacientes y/o sus acompañantes que los necesiten para una comunicación efectiva. Esto incluye asistencia a personas sordas, con problemas de audición y/o con discapacidad visual, del habla o de las habilidades manuales. Se me ha informado del procedimiento para solicitar un intérprete.

Elijo (marque una opción):

Que el centro proporcione servicios de interpretación.

Habiendo sido informado de la disponibilidad de servicios de interpretación y/o ayudas auxiliares, rechazo los servicios ofrecidos por el Centro y prefiero usar mi propio intérprete o ayudas auxiliares por cuenta propia.

# Interpreter Services Documentation Form

Patient's Preferred Language/Auxiliary Aid(s): \_\_\_\_\_

I understand that Dignity Health provides interpreter services and communication assistance, including sign language interpreters, oral interpreters, TTYs/TDDs, assistive listening devices, and other auxiliary aids and services, free of charge to all patients and/or their companions who need them for effective communication. This includes assistance to persons who are deaf, hard of hearing, and/or have impaired vision, speaking, or manual skills. I have been informed of the procedure for requesting an interpreter.

**I choose (please mark one choice below):**

(  ) To have interpreter services provided by the facility.

(  ) Having been informed of the availability of interpreter services and/or auxiliary aids, I decline the services offered by the Facility and prefer to use my own interpreter or auxiliary aids at my own cost.

Patient/Companion Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_.

***If patient/companion cannot sign, please complete:***

Signature of Guardian or Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_.

Relationship to Patient/Companion: \_\_\_\_\_

***Only complete this section if you want to waive your right to an interpreter provided by the Facility***

I have provided the following names of those designated by me to act as my interpreter:

Primary Interpreter: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient: \_\_\_\_\_ Contact Number: \_\_\_\_\_

Secondary Interpreter: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient: \_\_\_\_\_ Contact Number: \_\_\_\_\_

***Note:*** Minors are not allowed to interpret; interpreters must be over the age of 18 years. To ensure complete and accurate interpreting, a Facility-approved interpreter shall be used for:

- 1) Consents (including Conditions of Admission)
- 2) Assessments
- 3) Teaching and Discharge Instructions

**Interpreter Present for Patient Registration, and to interpret this document to the patient:**

Interpreter Name: \_\_\_\_\_ Interpreter ID: \_\_\_\_\_

Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Interpreter Services Documentation Form

# Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de adultos

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**A los pacientes:** Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podemos dar hoy. Si contesta “sí” a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no lo deben vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	sí	no	no sabe
<b>1.</b> ¿Está usted enfermo hoy? ¿Usted ha tenido alguna de esta síntomas en los últimos 24 horas? - fiebre, dolor de huesos, fatiga, tos, dificultad para respirar, dolor de garganta, dolor de cabeza, perdida de olfato o sabor, nausea, diarrea			
<b>2.</b> ¿Usted es alérgico a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?			
<b>3.</b> ¿Usted tuvo alguna vez una reacción seria después de vacunarse o inyectar medicamento?			
<b>4.</b> ¿Tiene usted algún problema de salud a largo plazo, como enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, enfermedad metabólica (como la diabetes), anemia o algún otro trastorno de la sangre?			
<b>5.</b> ¿Tiene usted cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?			
<b>6.</b> ¿Tiene usted padres o hermanos con algún problema de su sistema inmunológico?			
<b>7.</b> ¿En los últimos 3 meses ha tomado medicamentos que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• afecten su sistema inmunológico, como prednisona o otros esteroides</li> <li>• medicamentos contra el cáncer o ha tenido tratamientos de radiación</li> <li>• medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis</li> <li>• medicamentos que adelgaza su sangre o afecta su coagulación, como warfarin, Eliquis, or Xarelto</li> </ul>			
<b>8.</b> ¿Tuvo alguna vez convulsiones o problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso, como síndrome Guillain-Barre?			
<b>9.</b> Durante el año pasado, ¿le hicieron una transfusión de sangre, productos de la sangre, anticuerpos inyectables o le dieron inmunoglobulina o gammaglobulina o un medicamento antiviral?			
<b>10.</b> Para las mujeres: ¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada en el próximo mes?			
<b>11.</b> ¿Le aplicaron alguna vacuna en las últimas 4 semanas? Fecha de ultimo vacuna de Covid-19:			

**FORMULARIO LLENADO POR:** \_\_\_\_\_ **fecha:** \_\_\_\_\_

Form reviewed by: \_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO PARA ADMINISTRACIÓN DE  
VACUNAS PARA ADULTOS**



COMMUNITY WELLNESS  
IMMUNIZATION PROGRAM

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

MES/DIA/ANO

ALLERGIAS: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

- 1) SOLICITO QUE SE ME ADMINISTREN LAS VACUNAS MARCADAS.
- 2) COMPRENDO LOS RIESGOS Y BENEFICIOS DE LAS VACUNAS QUE ESTOY SOLICITANDO.
- 3) TUVE LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS, LAS CUALES FUERON RESPONDIDAS EN FORMA SATISFACTORIA.

FIRMA DEL RECEPTOR DE LA VACUNA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

MES/DIA/ANO

ABAJO LINEA USO EXCLUSIVO DE CLINICA

65+ FLUAD <small>VIS EDIT. DATE</small> 8/6/2021 ____ IM	FLU IIV3 <small>VIS EDIT. DATE</small> 8/6/2021 ____ IM	SCREENED BY: _____ ADMIN. DATE & DATE VIS GIVEN: _____	<i>SPECIAL CONSIDERATIONS:</i> _____							
<small>ACCEPT:</small>	<small>ACCEPT:</small>									
<small>DECLINE:</small>	<small>DECLINE:</small>									
Covid Vaccine RD LD IM <small>VIS EDIT. DATE</small> 10/17/24	HEP B # HepIsavB LD IM <small>VIS EDIT. DATE</small> 5/12/23	HPV9 # LD IM <small>VIS EDIT. DATE</small> 8/6/21	IPV ____ IM SQ <small>VIS EDIT. DATE</small> 8/6/21	MMR # RA IM SQ <small>VIS EDIT. DATE</small> 8/6/21	PCV20 ≥ 50 # RD IM <small>VIS EDIT. DATE</small> 5/12/23	RSV LD IM <small>VIS EDIT. DATE</small> 10/17/24	TDAP # LD IM <small>VIS EDIT. DATE</small> 8/6/21	VARICELLA # LA IM SQ <small>VIS EDIT. DATE</small> 8/6/21	ZOSTER ≥ 50YR # SHINGRIX LD IM <small>VIS EDIT. DATE</small> 2/4/22	
<small>ACCEPT:</small>	<small>ACCEPT:</small>	<small>ACCEPT:</small>	<small>ACCEPT:</small>	<small>ACCEPT:</small>	<small>ACCEPT:</small>	<small>ACCEPT:</small>	<small>ACCEPT:</small>	<small>ACCEPT:</small>	<small>ACCEPT:</small>	
<small>DECLINE:</small>	<small>DECLINE:</small>	<small>DECLINE:</small>	<small>DECLINE:</small>	<small>DECLINE:</small>	<small>DECLINE:</small>	<small>DECLINE:</small>	<small>DECLINE:</small>	<small>DECLINE:</small>	<small>DECLINE:</small>	

MANUFACTURER, LOT NUMBER	NAME/TITLE OF ADMINISTRATOR	LABEL: MANUFACTURER, LOT	NAME/TITLE OF ADMINISTRATOR