



El horario de la Clínica de Vacunas es de 7:30AM a 2:00PM. La Clínica permanecerá cerrada el segundo viernes de cada mes. Para facilitar los servicios **NO HAY CITAS DISPONIBLES** y los servicios son provistos por orden de llegada.

832 West Central Blvd. Orange.FLHealth.gov Ph. 407-836-2502 Fax: 407-836-2595

Adulto

<input type="checkbox"/> SR	<input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> IOS	<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> DL	<input type="checkbox"/> GC	ID	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SR	<input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> IOS	<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> DL	<input type="checkbox"/> GC	ID	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> NSR	<input type="checkbox"/> CNP	<input type="checkbox"/> BC	<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> MI	COLL	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> NSR	<input type="checkbox"/> CNP	<input type="checkbox"/> BC	<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> MI	COLL	<input type="text"/>

Apellido : _____
 Nombre: _____
 Segundo Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: _____-_____-_____
 Raza: _____ Sexo F / M: _____

Last Name : _____
 First Name: _____
 Segundo Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: _____-_____-_____
 Raza: _____ Sexo F / M: _____

Dirección Residencial: _____ #Apt/Unidad _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____
 Código Postal: _____ Celular: (_____) _____ - _____ Tel. Casa: (_____) _____ - _____

RECIBO DE PAGO PARA LAS VACUNAS Y FORMULARIOS DEBE SER PRESENTADO ANTES DE RECIBIR EL SERVICIO

Firma _____

Date: _____/_____/_____

Entry Ticket #	Entry Ticket #
Q-Flow Ticket #	Qflow Ticket #

Por Favor CIRCULE S para Sí o N para No a cada una de las preguntas

Su Nombre:		Su Nombre:	
¿En qué AÑO o a qué EDAD tuvo la ENFERMEDAD de la varicela?		¿En qué AÑO o a qué EDAD tuvo la ENFERMEDAD de la varicela?	
S	N ¿Está usted enfermo(a) hoy?	S	N ¿Está usted enfermo(a) hoy?
S	N ¿Es usted alérgico(a) a huevos, látex, levadura o gelatina?	S	N ¿Es usted alérgico(a) a huevos, látex, levadura o gelatina?
S	N ¿Le gustaría una vacuna contra la gripe hoy?	S	N ¿Le gustaría una vacuna contra la gripe hoy?
S	N ¿Es usted alérgico(a) a medicinas, comida, latex o componente de vacunas?	S	N ¿Es usted alérgico(a) a medicinas, comida, latex o componente de vacunas?
S	N ¿Ha tenido alguna reacción a la vacuna contra la Tos Ferina (Pertussis) u otras vacunas?	S	N ¿Ha tenido alguna reacción a la vacuna contra la Tos Ferina (Pertussis) u otras vacunas?
S	N ¿Tiene usted un problema de salud a largo plazo como enfermedad de corazón, pulmón, asma, riñón, enfermedad metabólica (diabetes), anemia u otro desorden de la sangre?	S	N ¿Tiene usted un problema de salud a largo plazo como enfermedad del corazón, pulmón, asma, riñón, enfermedad metabólica (diabetes), anemia u otro desorden de la sangre?
S	N En los pasados 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que hayan debilitado su sistema inmunológico como la cortisona, prednisona, otros esteroides, drogas anti-cáncer o ha tenido tratamientos de radiación?	S	N En los pasados 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que hayan debilitado su sistema inmunológico como la cortisona, prednisona, otros esteroides, drogas anti-cáncer o ha tenido tratamientos de radiación?
S	N ¿Tiene usted cancer, leicemia, VIH/SIDA u otra condición inmunológica?	S	N ¿Tiene usted cancer, leicemia, VIH/SIDA u otra condición inmunológica?
S	N ¿Le han extirpado el baso sanguíneo?	S	N ¿Le han extirpado el baso sanguíneo?
S	N ¿En las pasadas 4 semanas, recibió la vacuna contra la tuberculólisis o se hizo el examen de la piel?	S	N ¿En las pasadas 4 semanas, recibió la vacuna contra la tuberculólisis o se hizo el examen de la piel?
S	N En el pasado año , ¿ha recibido alguna transfusión de sangre, o alguno de sus productos, gama globulina o medicamentos antivirales?	S	N En el pasado año , ¿ha recibido alguna transfusión de sangre, o alguno de sus productos, gama globulina o medicamentos antivirales?
S	N ¿Ha convulsado o ha tenido algun otro problema del sistema nervioso?	S	N ¿Ha convulsado o ha tenido algun otro problema del sistema nervioso?
S	N ¿Tiene usted problemas cerebrales o del sistema nervioso?	S	N ¿Tiene usted problemas cerebrales o del sistema nervioso?
S	N Si usted es una mujer, ¿está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	S	N Si usted es una mujer, ¿está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?
Ultimo período menstrual : ____ / ____ / ____		Ultimo período menstrual: ____ / ____ / ____	
IMM ID:		IMM ID:	
Vaccines Administered		Vaccine Administered	