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. http://Orange.FLoridaHealth.gov/ Ph. 407-836-2502 Fax: 407-836-2595

# Adulto

☐SR ☐CP ☐IOS ☐SS ☐DL ☐GC ‖ ID _____
☐NSR ☐CNP ☐BC ☐PP ☐SI ☐MI ‖ COLL _____

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

☐SR ☐CP ☐IOS ☐SS ☐DL ☐GC ‖ ID _____
☐NSR ☐CNP ☐BC ☐PP ☐SI ☐MI ‖ COLL _____

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 # |



*rev. March 19, 2015*

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

**Su Nombre:**

¿En qué **AÑO o a qué EDAD** tuvo la **ENFERMEDAD** de la varicela?

| | | |
|---|---|---|
| S | N | ¿Está usted enfermo(a) hoy? |
| S | N | ¿Es usted alérgico(a) a huevos, látex, levadura o gelatina? |
| 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 | ¿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 (diabetis), anemia u otro desorden de la sangre? |
| S | N | En los pasados 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que hayan debilitado su sistema immunológico 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 immunológica? |
| S | N | ¿Le han extirpado el baso sanguíneo? |
| S | N | ¿En las pasadas 4 semanas, recibió la vacuna contra la tubelculósis 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 | ¿Ha convulsado o ha tenido algun otro problema 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 posobilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? |

**Ultimo período menstrual : _____/_____/_____**

**IMM ID:**

**Vaccines Administered**

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

**Su Nombre:**

¿En qué **AÑO o a qué EDAD** tuvo la **ENFERMEDAD** de la varicela?

| | | |
|---|---|---|
| S | N | ¿Está usted enfermo(a) hoy? |
| S | N | ¿Es usted alérgico(a) a huevos, látex, levadura o gelatina? |
| 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 | ¿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 del corazón, pulmón, asma, riñón, enfermedad metabólica (diabetis), anemia u otro desorden de la sangre? |
| S | N | En los pasados 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que hayan debilitado su sistema immunológico 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 immunológica? |
| S | N | ¿Le han extirpado el baso sanguíneo? |
| S | N | ¿En las pasadas 4 semanas, recibió la vacuna contra la tubelculósis 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 | ¿Ha convulsado o ha tenido algun otro problema 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 posobilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? |

**Ultimo período menstrual: _____/_____/_____**

**IMM ID:**

**Vaccine Administered**

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |



*rev. March 19, 2015*