



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. www.orchd.com Ph. 407-836-2502 Fax: 407-836-2595

<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 : _____

Last Name : _____

Nombre: _____

First Name: _____

Segundo Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____

Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____

Raza: _____ Sexo F / M: _____

Raza: _____ Sexo F / M: _____

Dirección Residencial: _____ #Apt/Unidad _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Celular: (_____) _____ - _____ Tel. Casa: (_____) _____ - _____

May 1, 2013: La Clínica de Vacunas está abierta durante todo el año. Estudiantes que necesiten el formulario para ingreso a la Universidad, Escuela Vocacional o Colegio Técnico pueden llenarlas ya. Por favor **NO SE TARDEN** en esperar a completar sus requisitos de vacunas en **julio, agosto o justo cuando comience la escuela** ya que hay una **GRAN DEMANDA** para los dichos servicios y **LINEAS MUY LARGAS** durante ese período. El Programa de Vacunas promueve métodos efectivos para impedir el contagio de enfermedades preventivas. En adición a las vacunas requeridas por la escuela, vacunamos POR COMPLETO a nuestros clientes al ofrecerle otras vacunas mencionadas en la 2da página de éste formulario . Clientes que se le administre la vacuna contra el HPV tienen que esperar **15 minutos** después de ésta ser administrada. Su TIEMPO DE SERVICIO **ESTIMADO** para hoy es de: _____. Por favor no entreguen sus papeles completados en la ventanilla; un empleado los recogerá en la sala de espera. Favor de entregarle **todos** sus récords de vacunas para saber con exactitud que vacunas son necesarias. **Mi firma aquí debajo indica que entiendo que hay un período de espera de 15 mins después de la vacuna contra el HPV, el tiempo ESTIMADO de servicio y el cargo por las vacunas y formularios. Autorizo al programa de vacunas a brindarme el servicio que solicito.**

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

Firma _____ Seguro Médico: _____ Date: _____/_____/_____

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

<p>Su Nombre:</p> <p>¿En qué AÑO o a qué EDAD tuvo la ENFERMEDAD de la varicela?</p> <p>S N ¿Está usted enfermo(a) hoy?</p> <p>S N ¿Es usted alérgico(a) a huevos, látex, levadura o gelatina?</p> <p>S N ¿Desea recibir hoy la vacuna contra la INFLUENZA?</p> <p>S N ¿Es usted alérgico(a) a medicinas, comida, latex o componente de vacunas?</p> <p>S N ¿Ha tenido alguna reacción a la vacuna contra la Tos Ferina (Pertussis) u otras vacunas?</p> <p>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?</p> <p>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?</p> <p>S N ¿Tiene usted cancer, leicemia, VIH/SIDA u otra condición inmunológica?</p> <p>S N ¿Le han extirpado el baso sanguíneo?</p> <p>S N ¿En las pasadas 4 semanas, recibió la vacuna contra la tuberculculosis o se hizo el examen de la piel?</p> <p>S N En el pasado año, ¿ha recibido alguna transfusión de sangre, o alguno de sus productos, gama globulina o medicamentos antivirales?</p> <p>S N ¿Ha convulsado o ha tenido algun otro problema del sistema nervioso?</p> <p>S N ¿Tiene usted problemas cerebrales o del sistema nervioso?</p> <p>S N Si usted es una mujer, ¿está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?</p>	<p>Su Nombre:</p> <p>¿En qué AÑO o a qué EDAD tuvo la ENFERMEDAD de la varicela?</p> <p>S N ¿Está usted enfermo(a) hoy?</p> <p>S N ¿Es usted alérgico(a) a huevos, látex, levadura o gelatina?</p> <p>S N ¿Desea recibir hoy la vacuna contra la INFLUENZA?</p> <p>S N ¿Es usted alérgico(a) a medicinas, comida, latex o componente de vacunas?</p> <p>S N ¿Ha tenido alguna reacción a la vacuna contra la Tos Ferina (Pertussis) u otras vacunas?</p> <p>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?</p> <p>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?</p> <p>S N ¿Tiene usted cancer, leicemia, VIH/SIDA u otra condición inmunológica?</p> <p>S N ¿Le han extirpado el baso sanguíneo?</p> <p>S N ¿En las pasadas 4 semanas, recibió la vacuna contra la tuberculculosis o se hizo el examen de la piel?</p> <p>S N En el pasado año, ¿ha recibido alguna transfusión de sangre, o alguno de sus productos, gama globulina o medicamentos antivirales?</p> <p>S N ¿Ha convulsado o ha tenido algun otro problema del sistema nervioso?</p> <p>S N ¿Tiene usted problemas cerebrales o del sistema nervioso?</p> <p>S N Si usted es una mujer, ¿está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?</p>
<p>Ultimo período mesntrual : / / /</p>	<p>Ultimo período mesntrual: / / /</p>
<p>IMM ID:</p>	<p>IMM ID:</p>
<p>Ticket #</p>	<p>Ticket #</p>
<p>Vaccines Administered</p>	<p>Vaccine Administered</p>