



Immunization Worksheet

Legal Last Name /Apellido Legal	Legal First Name /Nombre	Middle Name /2nd Nombre	Date of Birth / Fecha de Nacimiento	Age	Gender / Genero <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M																																																																																				
Social Security No / No. de Seguro	Childs Birth State / Lugar de Nacimiento	Language / Idioma <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____	Marital Status <input type="checkbox"/> Single / Soltero <input type="checkbox"/> Married / Casado <input type="checkbox"/> Divorced / Divorciado <input type="checkbox"/> Widowed / Viudo <input type="checkbox"/> Legally Separated / Separación Legal																																																																																						
Address / Dirección	City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código Postal	Telephone No.	Disability <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																																																																																				
Race / Raza <i>Mark all that apply</i> <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other <input type="checkbox"/> Pacific Islander Ethnic Group: <input type="checkbox"/> Hispanic/ Hispano <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino/ No Hispano																																																																																									
Annual Gross Household Income / Ingresos Anual de familia: \$ _____ How many Supported by this income / Este ingreso mantienen a cuantas personas: _____																																																																																									
Mother's Information Required for Minors Only Name / Nombre _____ Maiden Last Name / Apellido de Soltera _____ SSN _____			Father's Information Required for Minors only Name / Nombre _____ Last Name / Apellido _____ SSN _____																																																																																						
Do you have Medical Insurance? ¿Tiene Seguro Médico? 1. Medicaid / SoonerCare Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medicaid # _____ 2. Are you Native American Indian? ¿Es Indio Nativo Americano? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 3. Are you Native Alaskan? ¿Es Nativo de Alaska? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 4. Do you have insurance coverage for this vaccine? ¿Su seguro médico paga por esta vacuna? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 5. Are you uninsured? ¿Sin seguro médico privado? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																																																									
Do you have Private Health Insurance? ¿Tiene seguro médico privado? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 7. Do you have Medicare? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medicare # _____ If you answered yes to question # 6, list all medical insurance policies Si el paciente tiene seguro médico privado, proporcionanos los nombres de los seguros médicos. 1. _____ 2. _____ 3. _____																																																																																									
By signing this form, I hereby authorize THD to bill my private insurance (if applicable) for services provided and understand that I am responsible for any portion not covered by my policy. Yo autorizo a THD mandar cobrar a me seguro médico (si es aplicable) por los servicios proveídos y yo entiendo que soy responsable de cualquier porción no cubierta por mi seguro. Date _____ Signature of Patient or Parent / Legal Guardian X _____																																																																																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>For Office Use Only</th> <th>Lot Number</th> <th>Site/Route</th> <th>Dose Number</th> <th>Lot Number</th> <th>Site/Route</th> <th>Dose Number</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DTap, DT, Td, Tdap</td> <td></td> <td></td> <td>1 2 3 4 5 B</td> <td></td> <td>IPV</td> <td>1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>DTap - HepB - IPV</td> <td></td> <td></td> <td>1 2 3</td> <td></td> <td>Meningococcal Menatira Menomune Menveo</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>DTap / IPV</td> <td></td> <td></td> <td>4 5</td> <td></td> <td>MMRV</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>DTap / Hib</td> <td></td> <td></td> <td>4 3 4</td> <td></td> <td>Pneumococcal PCV13 or Pneumovax 23</td> <td>1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>DTap - IPV / Hib</td> <td></td> <td></td> <td>1 2 3 4</td> <td></td> <td>Rabies</td> <td>1 2 3</td> </tr> <tr> <td>HPV</td> <td></td> <td></td> <td>1 2 3</td> <td></td> <td>Rotavirus RV1 or RV5</td> <td>1 2 3</td> </tr> <tr> <td>HepA</td> <td></td> <td></td> <td>1 2</td> <td></td> <td>Typhoid Inj or Oral</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>HepB Ped - Adol. 2 Dose or Adult</td> <td></td> <td></td> <td>1 2 3</td> <td></td> <td>Varicella</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>HepA / HepB</td> <td></td> <td></td> <td>1 2 3</td> <td></td> <td>Yellow Fever</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Hib</td> <td></td> <td></td> <td>1 2 3 4</td> <td></td> <td>Zostavax</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Influenza Inject or Mist</td> <td></td> <td></td> <td>1 2</td> <td></td> <td>JE JE-VAX or Xiaro</td> <td>1 2 3</td> </tr> </tbody> </table>						For Office Use Only	Lot Number	Site/Route	Dose Number	Lot Number	Site/Route	Dose Number	DTap, DT, Td, Tdap			1 2 3 4 5 B		IPV	1 2 3 4	DTap - HepB - IPV			1 2 3		Meningococcal Menatira Menomune Menveo	1 2	DTap / IPV			4 5		MMRV	1 2	DTap / Hib			4 3 4		Pneumococcal PCV13 or Pneumovax 23	1 2 3 4	DTap - IPV / Hib			1 2 3 4		Rabies	1 2 3	HPV			1 2 3		Rotavirus RV1 or RV5	1 2 3	HepA			1 2		Typhoid Inj or Oral	1 2	HepB Ped - Adol. 2 Dose or Adult			1 2 3		Varicella	1 2	HepA / HepB			1 2 3		Yellow Fever	1	Hib			1 2 3 4		Zostavax	1	Influenza Inject or Mist			1 2		JE JE-VAX or Xiaro	1 2 3
For Office Use Only	Lot Number	Site/Route	Dose Number	Lot Number	Site/Route	Dose Number																																																																																			
DTap, DT, Td, Tdap			1 2 3 4 5 B		IPV	1 2 3 4																																																																																			
DTap - HepB - IPV			1 2 3		Meningococcal Menatira Menomune Menveo	1 2																																																																																			
DTap / IPV			4 5		MMRV	1 2																																																																																			
DTap / Hib			4 3 4		Pneumococcal PCV13 or Pneumovax 23	1 2 3 4																																																																																			
DTap - IPV / Hib			1 2 3 4		Rabies	1 2 3																																																																																			
HPV			1 2 3		Rotavirus RV1 or RV5	1 2 3																																																																																			
HepA			1 2		Typhoid Inj or Oral	1 2																																																																																			
HepB Ped - Adol. 2 Dose or Adult			1 2 3		Varicella	1 2																																																																																			
HepA / HepB			1 2 3		Yellow Fever	1																																																																																			
Hib			1 2 3 4		Zostavax	1																																																																																			
Influenza Inject or Mist			1 2		JE JE-VAX or Xiaro	1 2 3																																																																																			
Date: _____ Given By: _____ Key to Site/Route: 0 - PO 1 - RVL / IM 2 - LVL / IM 3 - RD / IM 4 - LD / IM 5 - RA / SQ 6 - LA / SQ 7 - RG / IM 8 - LG / IM 9 - OTHER / Nasal 10 - RT / SQ 11 - LT / SQ																																																																																									

Patients Name _____

Nombre del Paciente _____

Date of Birth _____

Fecha de Nacimiento _____

Questions for Person Receiving Immunizations

Preguntas Para la Persona Recibiendo Las Vacunas

Where did you hear about this clinic? (Circle One) ¿Cómo supo de esta clínica? (Circule Uno)

Where is your Medical Home: _____

Primary Care Physician / Peditra o Doctor Doctor or Clinic Name /Nombre de Clínica o Doctor: _____

TV/ Radio Newspaper / Periódico School Flier / Escuela WIC Referral / Fui enviado por la clínica de WIC
 Family or Friend / Familiar o Amistad Other _____

1. Do you have fever, vomiting or diarrhea today? ¿Tiene calentura, vómito, o diarrea hoy?	Yes	No
2. Do you have something more than a cold? ¿Esta enfermo con algo más que un resfriado?	Yes	No
3. Are you taking medicine? ¿Esta tomando medicina?	Yes	No
4. Do you have allergies to any medication, food or vaccine? ¿Tiene alergia a un medicamento, comida o vacuna? Circle to indicate allergy to: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Eggs</p> <p>Latex</p> <p>Gelatin</p> <p>Thimerosal</p> <p>Bakers Yeast</p> <p>Antibiotics, Neomycin, Streptomycin</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Huevos</p> <p>Látex</p> <p>Gelatina</p> <p>Merthiolate</p> <p>Levadura de cocinar</p> <p>Antibioticos, Neomicina, Estreptomicina</p> </div> </div>	Yes	No
5. Have you had a serious reaction to a vaccine in the past? ¿Ha tenido reacciones severas a una vacuna?	Yes	No
6. Have you had any shots within the last three months? ¿Ha recibido vacunas en los últimos tres meses?	Yes	No
7. Do you have OR do you come in contact with anyone who has: <u>Tiene o está teniendo contacto directo con alguien que tiene:</u> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Cancer</p> <p>Leukemia</p> <p>HIV / AIDS</p> <p>Chemotherapy</p> <p>Large doses of steroids</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Cáncer</p> <p>Leucemia</p> <p>VIH / SIDA</p> <p>Recibiendo Quimioterapia</p> <p>Recibiendo grandes dosis de esteroides</p> </div> </div>	Yes	No
8. Have you received blood, a blood product or immune (gamma) globulin in the past 12 months? ¿Ha recibido transfusión de sangre, o un producto de sangre o globulina inmune (gamma) en los últimos 12 meses?	Yes	No
9. Have you had a seizure, brain or nerve problem? ¿Ha tenido una convulsión, problemas de nervio o de cerebro?	Yes	No
10. Have you had the disease Hepatitis A? ¿Le ha dado la enfermedad de la Hepatitis A?	Yes	No
11. Have you had the chickenpox? If yes, at what age? _____ ¿Ha tenido la enfermedad de la varicela? A que edad? _____	Yes	No
12. Have you had the varicella (Chickenpox) vaccination? ¿Ha recibido la vacuna contra la varicela?	Yes	No
13. Have you ever experienced Guillain-Barre Syndrome? ¿Ha sufrido del Síndrome de Guillain-Barre?	Yes	No
14. For females > 10 years of age; are you pregnant or planning a pregnancy? ¿Para mujeres mayores de 10 años; esta embarazada ó esta planeando un embarazo?	Yes	No