

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. / Teléfono <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work		Permission to Contact? / ¿Permiso para contactar? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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							Do you smoke? ¿Fuma? Yes No		Number per day: <i>cuantos por día:</i> _____				
							Other smokers in the household? Otros fumadores en casa? Yes No						
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 <i>Nombre de la Madre</i>			Name / Nombre _____			Maiden Last Name / Apellido de Soltera _____			SSN _____				
Father's Information Required for Minors only <i>Nombre del Padre</i>			Name / Nombre _____			Last Name / Apellido _____			SSN _____				
Do you have Medical Insurance? ¿Tiene Seguro Médico?													
1. Medicaid / SoonerCare Yes No Medicaid # _____				6. Do you have Private Health Insurance? <i>¿Tiene seguro médico privado?</i> Yes No									
2. Are you Native American Indian? <i>¿Es Indio Nativo Americano?</i> Yes No				7. Do you have Medicare? Yes No Medicare # _____									
3. Are you Native Alaskan? <i>¿Es Nativo de Alaska?</i> Yes No				If you answered yes to question # 6, list all medical insurance policies									
4. Do you have insurance coverage for this vaccine? <i>¿Su seguro médico paga por esta vacuna?</i> Yes No				<i>Si el paciente tiene seguro médico privado, proporciónanos los nombres de los seguros médicos.</i>									
5. Are you uninsured? <i>¿Sin seguro médico privado?</i> Yes No				1. _____ 2. _____ 3. _____									
<p>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. <i>Yo autorizo a THD mandar cobrar a mi seguro médico (si es aplicable) por los servicios proveídos y yo entiendo que soy responsable de cualquier porción no cubierta por mi seguro.</i></p> <p>Date _____ Signature of Patient or Parent / Legal Guardian X _____</p>													

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			1 2 3 4
DTap – HepB – IPV			1 2 3			1 2
DTap / IPV			4 5			1 2
DTap / Hib			4 3 4			1 2 3 4
DTap – IPV / Hib			1 2 3 4			1 2 3
HPV			1 2 3			1 2 3
HepA			1 2			1 2
HepB <small>Ped - Adol. 2 Dose or Adult</small>			1 2 3			1 2
HepA / HepB			1 2 3			1
Hib			1 2 3 4			1
Influenza Inject or Mist			1 2			1 2 3

Date: _____ Given By: _____ **Key to Site/Route:** 0 – PO 1 – RVL / IM 2 – LVL / 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