Formulario de Informacion del Cliente Inmunizacion

Notes:

Fecha: **SAIRS ID #:** **Escuela nivel de grado:** (Si es aplicable)

Apellido: **Nombre:** **Segundo Nombre:**

Sexo: **Fecha de Nacimiento:** **Otro nombre que se utilize:**

Tiene Seguro Privado?

☐ No ☐ Si Nombre de Seguro _____

Recibe Medicaid o Chip?

☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Ninguno

Lenguaje Preferido

☐ Engles ☐ Espanol ☐ Otro _____

A tenido el cliente enfermedad de varicela?

☐ No ☐ Si en que fecha _____

Tarjeta de estado de refugiado? (Si es aplicable)

Informacion de Contacto

Direccion de domicilio: **Unidad #/Apt#**

Ciudad: **Estado:** **Codigo Postal:** **Condado:**

Cuanto tiempo lleva este cliente viviendo en esta direccion? _____

Direccion fisica: (Si es diferente de la direccion arriba)

Numero de telefono: ( )

☐ Casa ☐ Celula ☐ Trabajo ☐ Otro

Numero de telefo alternativo: ( )

☐ Casa ☐ Celula ☐ Trabajo ☐ Otro

Direccion de correo electronico:

Informacion Demografica

Raza: (Puede incorporar mas de uno.)

☐ Alaska Americano ☐ Indio Americano ☐ Asiatico

☐ Afro Americano ☐ Isleno Pacifico ☐ Blanco

Hispano?

☐ No

☐ Si

Pais de nacimiento:

☐ Estados Unidos de America

☐ Otro _____

Apellido de la Madre: **Nombre de la madre:** **Nombre de soltera de la madre:**

Si usted esta llenando este formulario para un nino, por favor, introduzca su informacion de abajo:

Apellido: **Primer Nombre:** **Relacion con el nino:**

Solo para uso oficial

☐ DTaP/ DT/ Td/ Tdap ☐ Hep B ☐ Hib ☐ PCV13/ PPV23 ☐ Varicella ☐ Influenza

☐ DTaP-IPV/Hib (Pentacel) ☐ Hep A ☐ Rotavirus ☐ Polio-IPV ☐ MMR ☐ Other _____

☐ DTaP-IPV (Kinrix)

☐ DTaP-HepB-IPV (Pediarix) ☐ Hep A-HepB (Twinrix) ☐ MCV4/ MCV4O ☐ HPV4/ HPV2