

Forma de Registro Departamento de Salud del Condado de Ottawa

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Cualquier nombre anterior: _____ Género: _____

Dirección _____
Calle Ciudad

Estado Código Postal Condado

Parde/Guardian(a) Nombre: _____ Licencia # _____
Apellido Primer Nombre

Número de casa: _____ Número de celular : _____ | Nombre del niños médico _____

Raza: _____ Hispano (círculo): Sí No Primera Idioma: _____

Seguro: Sí / No con seguro insuficiente: Sí / No Medicaid: Sí / No Medicaid # : _____

Seguro comercial : Sí / No Segura de la compañía _____ Políza de seguro # _____

--

Sí	No	No se aplica
----	----	--------------

¿Está enfermo hoy? (fiebra, dolor de garganta, diarrea, nausea, vomiting, tos)	_____	_____	
¿Ha tendio alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	_____	_____	_____
¿Ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barre?	_____	_____	_____
¿Tiene una historia de asma?	_____	_____	_____
¿Han estado tomando alguna medicación antiviral?	_____	_____	_____
¿Ha tenido vacunas en las últimas 4 semanas?	_____	_____	_____
¿Tiene alguna alergias a los alimentos o medicinas?	_____	_____	_____
¿Si sí, que? _____			

**For Health Department Use:		
Vaccine: _____	Vaccine administration date _____	
Lot number: _____	Site: _____	Route: _____
Clinic name: _____	Signature of Vaccinator _____	
Date Processed: _____	PatID# _____	Date Received: _____