

Formulario de detección de inmunización

Fecha _____

Guarde el sello o la etiqueta EPS aquí

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre				
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Número de teléfono	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer	Peso	
Alergias		Condiciones médicas		
Su proveedor de atención primaria (y número de teléfono, si se conoce):				

2. PREGUNTAS DE DETECCIÓN

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, necesariamente significa que no debe ser vacunado. Sólo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su farmacéutico que la explique.

	SÍ	NO	NO LO SÉ		SÍ	NO	NO LO SÉ
¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido una convulsión, cerebro u otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos o alguna vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durante el año pasado, ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o ha sido inmunoterapia (gamma) o un medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Para las mujeres: ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que se quede embarazada durante el mes que viene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedades cardíacas, enfermedades pulmonares, asma, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia u otro trastorno de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Trajo su tarjeta de registro de inmunización con usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o ha tenido radioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En el caso de los medicamentos inyectables, ¿qué brazo le gustaría que le administraran la vacuna?	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	

Por favor, lea las siguientes declaraciones y firme a continuación en la línea de firma.

He leído o he explicado la información proporcionada sobre la vacuna que estoy a punto de recibir. He recibido y leído una Declaración de Información sobre Vacunas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que comprendo los beneficios y riesgos de la vacunación y pido que la vacuna se me dé a mí o a la persona mencionada anteriormente para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud. Medicare, por la presente autorizo a Pharmaca Integrative Pharmacy a divulgar información y solicitar el pago. Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo Medicare es correcta. Autorizo la liberación de todos los registros para actuar en esta solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre.

X _____ Fecha _____

Firma de la persona que recibirá la vacuna o persona autorizada para hacer la solicitud (padre o tutor)

SÓLO PARA USO DE OFICE

SIG Código para EPS

LAIM (IM, Deltoide izquierdo)	LASC (SC, brazo izquierdo)	RAIM (IM, deltoide derecho)	RASC (SC, brazo derecho)
LAID (Intradérmico, brazo izquierdo)	RAID (Intradérmico, brazo derecho)	VACNOS (Vacuna Nasal)	VIVOTIF (Vivotif)

Vacuna	Vacuna	Vacuna
Lote # / Exp	Lote # / Exp	Lote # / Exp
Mfr.	Mfr.	Mfr.
Fecha en VIS	Fecha en VIS	Fecha en VIS
Fecha dada	Fecha dada	Fecha dada
Sitio	Sitio	Sitio

X _____, _____ Fecha _____

Firma y Título del Administrador

Adaptado de la Coalición de Acción de Inmunización. Para obtener más información sobre las preguntas de detección, visite <http://www.immunize.org/catg.d/p4065.pdf>



PHARMACA[®]

INTEGRATIVE PHARMACY

Nombre _____ Fecha _____

Esta es su copia impresa de la receta. Por favor, haga una copia de seguridad de esta copia y archivo con copias impresas. Se debe completar un nuevo formulario para cada visita de inmunización.

INMUNIZACIONES DE VIAJE

<input type="checkbox"/> Hepatitis A (Havrix / Vaqta); # 1 Dosis + 0 RF	Havrix: 1mL IM; 0, 6-12 meses (2 dosis); Vaqta: 1mL IM; 0, 6-18 meses (2 dosis)
<input type="checkbox"/> Hepatitis B (Engerix HB / Recombivax HB); # 1 Dosis + 0 RF	Inyectar 1mL IM; 0,1,6 meses (3 dosis)
<input type="checkbox"/> El combo Hep A/Hep B (Twinrix); # 1 Dosis + 0 RF	Inyectar 1mL IM; 0,1,6 meses (3 dosis)
<input type="checkbox"/> Poliovirus inactivado (IPOL); # 1 Dosis + 0 RF	Inyectar 0.5mL SQ/IM
<input type="checkbox"/> Encefalitis japonesa (JE Vax); # 1 Dosis + 0 RF	Inyectar 1mL SQ en los días 0, 7, 30
<input type="checkbox"/> Encefalitis japonesa (Ixiaro); # 1 Dosis + 0 RF	Inyectar 1mL IM 2 dosis, con 28 días de diferencia. 2a dosis al menos 1 semana antes del viaje
<input type="checkbox"/> Tifoides Orales (Vivotif); # 4	Tome 1 PO cápsula cada dos días para 4 dosis; Refrigerere
<input type="checkbox"/> Tifoide IM (Typhim); #1 Dosis + 0 RF	Inyectar 0.5mL IM
<input type="checkbox"/> Fiebre Amarilla (YF-Vax); # 1 Dosis + 0 RF	Inyectar 0.5mL SC
<input type="checkbox"/> La Rabia (Rabia Imovax / RabAvert); # 1 Dosis + 0 RF	Pre-exposición: Inyectar 1mL IM; 3 dosis 0, 7, 21-28 día Post-exposición: no inmunizado previamente - 5 dosis días 0, 3, 7, 14, 28 Anteriormente inmunizado - 2 dosis días 0 y 3
<input type="checkbox"/> Meningocócico Conjugado (Menactra / Menveo 2-55yo); #1 Dosis + 0 RF	Inyectar 0.5mL IM
<input type="checkbox"/> Polisacárido meningocócico (Menomune - 56yo+); #1 Dosis + 0 RF	Inyectar 0.5mL SQ

INMUNIZACIONES DE RUTINA

<input type="checkbox"/> Vacuna antigripal inactivada (Quad) <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Sin conservantes	IM: Inyectar 0.5mL IM; # 1 Dosis + 0 RF
<input type="checkbox"/> Dosis alta de la gripe (Quad) <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Sin conservantes	Inyectar 0.5mL IM; # 1 Dosis + 0 RF
<input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe recombinante (Quad- FluBlok) <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Sin conservantes	Inyectar 0.5mL IM; # 1 Dosis + 0 RF *Aprobado para mayores de 18 años; vacuna libre de huevo
<input type="checkbox"/> Prevnar 13 (PCV13); # 1 Dosis + 0 RF	Inyectar 0.5mL IM
<input type="checkbox"/> Pneumovax (PPSV23); # 1 Dosis + 0 RF	Inyectar 0.5mL IM/SC
<input type="checkbox"/> Tdap (Boostrix / Adacel)	Inyectar 0.5mL IM; # 1 Dosis + 0 RF
<input type="checkbox"/> Td (Decavac)	Inyectar 0.5mL IM; # 1 Dosis + 0 RF
<input type="checkbox"/> Varicella (Varivax); # 1 Dosis + 0 RF	Inyectar 0.5mL SC; 2 dosis separadas por 4-8 semanas
<input type="checkbox"/> MMR (MMRII); # 1 Dosis + 0 RF	Inyectar 0.5mL SC
<input type="checkbox"/> HPV9 valente (Gardasil-9); # 1 Dosis + 0 RF	Inyectar 0.5mL IM; 3 dosis a intervalos de 0,1 a 2, 6 meses O 2 dosis con al menos 5 meses de diferencia *2 serie de dosis de la vacuna contra el VPH si la dosis inicial recibió una edad de 9-14 años *3 serie de dosis de la vacuna contra el VPH si la dosis inicial recibió más de 15 años
<input type="checkbox"/> Shingrix; # 1 Dosis + 0 RF	Inyectar 0.5mL IM; Intervalo de 2 dosis, 0 y 2-6 meses
<input type="checkbox"/> Otros	

Firma

Sustitución genérica permitida (farmacéutico)	Dispensar según lo escrito (farmacéutico)
---	---