

Chicago Department of Public Health IMMUNIZATION SERVICE FORM

1. FECHA DE HOY _____ / _____ / _____

2. Fecha de Nacimiento

Mes	Día	Año			

3. Edad _____

4. Género en la licencia de conducir/ la tarjeta del seguro
 Femenino Masculino Otra

- 5. Raza**
- Asiática
 - Blanca
 - India Americana/Nativa de Alaska
 - Negra/Africana Americana
 - Nativa de Hawaii o otra de las islas del Pacifico
 - Otra

7. Nombre del Paciente _____ I. 8. Apellido del Paciente _____

9. Dirección del Paciente y Número de Apartamento _____ 10. Código Postal _____

11. Ciudad _____ 12. Estado _____ 13. Número de Teléfono _____

14. Nbre del Jefe de Familia o Tutor _____ I. 15. Apellido del Jefe de Familia o Tutor _____

Información del Seguro – Recipiente, Padre o Tutor

16. Nombre del Asegurador (Medicaid, Medicare, Comercial o HMO) _____

17. Número de Póliza/Identificación (Si no tiene número de póliza, escribe el número de seguro social) _____

<p>VFC Eligible: <input type="radio"/> Medicaid (Title 19) <input type="radio"/> Uninsured (Self Pay) <input type="radio"/> Underinsured <input type="radio"/> OAI/AN</p> <p>Non VFC Eligible: <input type="radio"/> CHIP (Title 21/State-Funded) <input type="radio"/> Commercial <input type="radio"/> Uninsured <input type="radio"/> Insured</p>	<p><i>Uso de Oficina</i></p>				
<p>Assessment for Immunizations - To be completed by Recipient, Parent or Guardian IMPORTANT: If an answer is Yes (Y) or Unknown (U) please consult a physician</p>					
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Y</td> <td>N</td> <td>U</td> </tr> </table>		Y	N	U
	Y	N	U		
18. ¿Está el paciente enfermo o tiene fiebre alta? Si es así, enumere los síntomas aquí:	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
19. ¿Ha recibido el paciente la cortisona, prednisona, otros esteroides o tratamiento con rayos X en los últimos 3 meses?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
20. ¿Tiene el paciente cáncer, leucemia, VIH/SIDA u otros problemas del sistema inmunológico?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
21. ¿Ha tenido el paciente alguna reacción severa a alguna vacuna anteriormente?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
22. ¿Ha tenido el paciente las convulsiones o algún problema neurológico?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
23. ¿Tiene el paciente alergia a algún medicamento, comida o vacuna? Si es así, enumere los síntomas aquí: _____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
24. ¿Ha recibido el paciente una transfusion de sangre o el medicamento llamado 'inmunoglobulina' en los últimos 12 meses?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
25. ¿Está embarazada la persona que va a ser vacunada?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
26. ¿Ha recibido el paciente alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
27. ¿Ha tenido el paciente la varicela alguna vez?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				

<p><i>Uso de Oficina</i></p> <p>Site</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Englewood WIC <input type="radio"/> Greater Lawn WIC <input type="radio"/> Lower West WIC <input type="radio"/> Roseland WIC <input type="radio"/> Uptown WIC <input type="radio"/> CareVan 1 <input type="radio"/> Westside CDC <input type="radio"/> Other 	<p><i>Uso de Oficina</i></p> <p>Location</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> School <input type="radio"/> Childcare <input type="radio"/> Health Fair <input type="radio"/> WIC <input type="radio"/> Other
--	---

<i>Uso de Oficina</i>				
√	Service	DX	CPT	Fee
	DTaP	Z23	90700	\$50
	DTaP/HepB/IPV	Z23	90723	\$120
	DTaP/IPV/HIB	Z23	90698	\$120
	DTaP/IPV	Z23	90696	\$80
	IPV	Z23	90713	\$50
	HIB - ActHIB	Z23	90648	\$45
	HIB - Pedvax	Z23	90647	\$35
	HIB/Hep B - Comvax	Z23	90748	\$65
	Hep A (Peds)	Z23	90633	\$45
	Hep B (Peds)	Z23	90744	\$35
	PCV 13	Z23	90670	\$165
	Rotavirus	Z23	90680	\$100
	MMR	Z23	90707	\$80
	Varicella	Z23	90716	\$135
	MMRV	Z23	90710	\$215
	Tdap	Z23	90715	\$50
	HPV	Z23	90649	\$180
	MCV4	Z23	90734	\$150
	Meningococcal B	Z23	90620	\$200
	Tenivac	Z23	90714	\$35
	Hep A (Adult)	Z23	90632	\$85
	Hep B (Adult)	Z23	90746	\$85
	Hep A/B (Adult)	Z23	90636	\$125
	MPSV4	Z23	90733	\$160
	PPSV23	Z23	90732	\$100
	Td (Adult)	Z23	90718	\$28
	Zoster	Z23	90736	\$220
	Influenza < 3 years	Z23	90685	\$30
	Influenza > 3 years	Z23	90686	\$30
	Influenza Flumist	Z23	90672	\$30
	Influenza Flulaval (Mdcr)	Z23	Q2036	\$30
	Influenza Fluzone (Mdcr)	Z23	Q2038	\$30
	Influenza High Dose (Mdcr)	Z23	90662	\$35

Administration	DX	CPT	Fee
Admin - single vaccine	Z23	90471	\$25
Admin - subsequent vaccine	Z23	90472	\$15
Intranasal admin	Z23	90473	\$20
Intranasal admin - subsequent	Z23	90474	\$15
Admin - Medicare Influenza	Z23	G0008	\$25
Admin - Medicare Pneumoco	Z23	G0009	\$25
Admin - Medicare Hep B	Z23	G0010	\$25
VFC Admin	Z00129	99211	\$12.30

Certifico al mayor de mi conocimiento y creencia, que la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa. Autorizo al personal del Departamento de Salud Pública de Chicago (CDPH) a recoger y utilizar todos los datos personales y demográficos provistos por mí para propósitos estadísticos. Autorizo al personal del CDPH a darle a la Administración del Seguro Social, a sus intermediarios, y a cualquier seguro público o privado, toda la información necesaria y relacionada para demanda de pagos. Permiso que una copia de esta autorización sea utilizada en lugar de la original para efectos de solicitar pagos por las ventajas del seguro médico al CDPH. Autorizo al personal del CDPH a ponerse en contacto conmigo y administrar cualquier tratamiento médico y/o quirúrgico que sea recomendable para el diagnóstico y el tratamiento.

He recibido una copia y la he leído o me ha sido explicada la información sobre la(s) vacuna(s) que será dada hoy y pido que me administren la(s) vacuna(s) o a la persona cuyo nombre aparece en este formulario para quien estoy autorizado en hacer esta petición. Mi firma indica que entiendo completamente la información presentada arriba.

X _____
 1. Firma del recipiente, padre o tutor _____ Fecha _____

Se me ha presentado el Aviso de la Ciudad de Chicago Sobre Las Reglas de Confidencialidad.

X _____
 2. Firma del recipiente, padre o tutor _____ Fecha _____

Total Charge = _____

- Invoice Insurance Claim Hardship

Nurse: _____

VACCINE ADMINISTRATION RECORD & HISTORY

If a combination vaccine (e.g., HepB + Hib, DTaP-HepB-IPV, etc.) is used, record the dose in each section.
NOTE: If you are recording a vaccine given elsewhere, record date dose was given; write in "elsewhere" or "transcribed," and/or name of provider.

VACCINE	DATE GIVEN *	MANUFACTURER and LOT NUMBER	EXPIRATION DATE	ROUTE	DATE ON VIS †	VACCINE	DATE GIVEN*	MANUFACTURER and LOT NUMBER	EXPIRATION DATE	ROUTE	DATE ON VIS †	
				SITE **						SITE* *		
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (e.g., DTaP-HepB-IPV, DTaP-IPV-HIB, DTaP-IPV, Td, Tdap, Dt)				IM		Haemophilus Influenzae type b (e.g., Hib, DTaP-IPV-HIB)				IM		
				IM						IM		
				IM						IM		
				IM						IM		
				IM		Hepatitis B (Hep B, DTaP-HepB-IPV)				IM		
				IM						IM		
				IM						IM		
				IM						IM		
Polio (IPV, DTaP-HepB-IPV, DTaP,IPV-Hib, DTaP-IPV)				IM		Varicella				SC		
				IM						SC		
				IM			<input type="checkbox"/> Check here if patient had chickenpox and does not need vaccine.					
				IM								
Measles, Mumps, Rubella (e.g., MMR, MMRV)				SC		Pneumococcal Conjugate (PCV)				IM		
				SC						IM		
Hepatitis A (Hep A)				IM							IM	
				IM							IM	
Rotavirus				Oral		Meningococcal (MCV)				IM		
				Oral						IM		
				Oral						IM		
Influenza TIV = IM, TIV=ID, LAIV = IN						Human Papillomavirus (HPV)				IM		
										IM		
Men B				IM		Other				IM		
				IM								

***Date Given** is both the date the vaccine was administered and the date the Vaccine Information Statement (VIS) was given to the patient/parent/guardian.
****Injection Site:** LD=Left Deltoid; LT=Left Thigh; RD=Right Deltoid; RT=Right Thigh. Proper route indicated by italics: IM = intramuscular, SC = subcutaneous, IN= intranasal, ID=Interdermal
 †Record the publication date of each VIS. According to federal law, VISs must be given to patients (or parent/guardian of a minor) before administering each dose of vaccine.
MANUFACTURERS: GSK= GlaxoSmithKline; ME = Merck, SP = SanofiPasteur, P = Pfizer, MI = MedImmune, Nov = Novartis

Vaccinator Signature: _____ Title: _____ Date: _____