

VERIFICACION DE DATOS DEL CLIENTE

CLIENTE #:			
Nombre Legal: _____ <i>Escriba su Apellido</i> <i>Escriba su Primer Nombre</i> <i>Inicial del Segundo Nombre</i>			
Nombre Preferido: _____			
Requiere Interprete?	Género:	Femenino Masculino	Fecha de Nacimiento: _____
Raza: _____		Origen Etnico: _____	Edad: _____
Dirección: _____			
Calle/Ciudad/Código Postal: _____			
No. de Teléfono del Hogar o Celular: _____		No. de Teléfono del Trabajo: _____	
Correo Electrónico: _____			
Proveedor de atención primaria: _____			
Garante (Si es menor de 18 años)			
Nombre del Garante : _____ <i>Escriba su Apellido</i> <i>Escriba su Primer Nombre</i> <i>Inicial del Segundo Nombre</i>			
Dirección: _____		Relación con el cliente: _____	
Calle/Ciudad/Código Postal: _____			
No. de Teléfono del Hogar o Celular: _____		Fecha de Nacimiento: _____	
Teléfono del Trabajo: _____		Seguro Social: _____	
SEGURO MEDICO			
Nombre del asegurado: _____ <i>Escriba su Apellido</i> <i>Escriba su Primer Nombre</i>		Fecha de Nacimiento: _____ <i>Necesario</i>	
Compañía de seguros: _____		Seguro Social: _____	
# de Identificación de miembro: _____		Número de grupo: _____	
Dirección de la Aseguranza: _____		calle/ciudad/código postal: _____	
*Reconozco que se me ha ofrecido la oportunidad de leer el Aviso de Privacidad Revisado del Departamento de Salud del Condado de Barton (HIPAA) efectivo a partir del 23 de septiembre de 2013. Estoy de acuerdo en quee stoy buscando servicios voluntariamente sin coerción y verifico que no estoy obligado a participar en cualquier progr ama con el Departamento de Salud del Condado de Barton para recibir servicios. Entiendo que el BCHDpartic ipa en el programa Título X y que los menores pueden autorizar servicios de forma independiente. Estoy autori zando al Departamento de Salud del Condado de Barton a presentarles reclamos de reembolso en minomb re y autorizo la divulgación de los registros necesarios para actuar sobre esta solicitud.			
Firma: _____		Fecha: _____	

CLERICAL ONLY:

NN: _____

Charges: _____

WebIZ: _____

BARTON COUNTY HEALTH DEPARTMENT

1300 Kansas Ave – Great Bend KS 67530

Phone: (620) 793-1902 Fax: (620) 793-1903

CLINICAL ONLY:

NN: _____

Charges: _____

WebIZ: _____

07/2025

DOCUMENTACION DE LAS VACUNAS/FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO

Se me ha ofrecido una copia de la "Declaración sobre la información de las vacuna(s)" marcadas abajo. He leído o se me ha explicado la información en la "Declaración sobre la información de las vacuna(s)". Mis preguntas fueron contestadas a satisfacción y yo pido que las vacuna(s) marcadas abajo sean aplicadas a mi, o a la persona nombrada abajo por quien yo doy autorización. Doy mi consentimiento para incluir la información de mis vacunas y la de las personas nombradas abajo en el Registro de Vacunas de Kansas.

DT DTaP Tdap Td HepA HepB Hib HPV Influenza Meningococcal
MMR PCV13 PPV23 Polio/IPV Rotavirus Varicella Other _____

Firma de Paciente o de Padre/Guardian

Fecha

Información Del Paciente						
Apellido del paciente:		Nombre del paciente:		Número de teléfono:	Edad:	Fecha de nacimiento:
Dirección:			Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Etnicidad: Hispano o Latino ____ Si ____ No ____ Masculino ____ Femenino		____ Asiático/Isleño del pacífico ____ Negro o Africano Americano ____ Caucásico/Mejicano/Puertorriqueño ____ Chino ____ Filipino		____ Hawaiian ____ Indio Americano/Nativo ____ Japonés ____ Otro/Non-Blanco ____ Desconocido		
Médico Primario:		Dirección: Ciudad:		Estado:	Teléfono: Fax:	
Elegibilidad del paciente: ____ T19-MED ____ No Tiene Seguro ____ Indio Americano ____ Insuficientemente Asegurados* ____ Insuficientemente Servidos** ____ T21-SCHIP ____ Enteramente Asegurados						

*Niños con seguro insuficiente: El seguro no cubre las vacunas. Elegibles a través del programa VFC si son vacunados en un FQHC, RHC o departamento de salud del condado.

**Niños sin seguro o sin cobertura médica: No son elegibles para VFC. Sólo pueden ser vacunados con vacunas de KIP (State) necesarias para ingresar a la escuela (K-12) en un departamento de salud del condado si están inscritos en el programa federal escolar gratuito o en el program de almuerzo a precio reducido.

CUESTIONARIO DE ANÁLISIS PARA VACUNACIÓN

1. ¿Está enferma en este momento o tiene fiebre alta la paciente que va a ser vacunada?	____ sí ____ no
2. ¿Tiene el paciente(a) alergias a medicamentos, comida, componentes de vacunas, o al látex?	____ sí ____ no
3. ¿Ha tenido el paciente(a) algún tipo de reacción seria a las vacunas en el pasado?	____ sí ____ no
4. ¿Ha tenido el paciente(a) problemas de salud de los pulmones, corazón, riñones o enfermedades metabólicas (como diabetes), asma, o enfermedades sanguíneas? ¿Está el paciente(a) en terapias de aspirina a largo plazo?	____ sí ____ no
5. Si el paciente(a) que va a ser vacunado tiene entre 2 a 4 años, ¿el doctor le ha dicho en los últimos 12 meses que el paciente tiene resollados o asma?	____ sí ____ no
6. Si su paciente(a) es un bebé, le han dicho en algún momento que su niño tiene intususcepción (es el deslizamiento de una parte del intestino dentro de otra)	____ sí ____ no
7. ¿Han tenido ataques epilépticos ya sea el paciente(a), un hermano(a), o los padres? ¿Ha tenido el niño(a) problemas en el cerebro o en el sistema nervioso?	____ sí ____ no
8. ¿Tiene el paciente(a) cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema en el sistema inmunológico?	____ sí ____ no
9. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el paciente(a) medicamentos que debiliten su sistema inmunológico tales como cortisona (cortisone), prednisona (prednison), otro tipo de esteroides, medicamentos contra el cáncer, o ha tenido tratamientos de radiación?	____ sí ____ no
10. En el último año, ¿ha recibido el paciente(a) transfusiones de sangre o productos de sangre, o ha recibido gama globulina (trata el sistema inmunológico) o medicina antiviral (para combatir infecciones de virus)?	____ sí ____ no
11. ¿Está el paciente o muchacha embarazada o habría alguna probabilidad que se embarazará en el próximo mes?	____ sí ____ no
12. ¿Ha recibido el paciente(a) alguna vacuna en las últimas cuatro semanas?	____ sí ____ no