

FORMULARIO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS (VFC NM) –PARTE B

Por favor, llene el formulario completamente. Lo que es requisito está marcado con un asterisco (*)



Persona que recibe la vacuna: **Escriba todo con letra mayúscula de molde**

* Apellido: _____ * Primer nombre: _____ Inicial: _____

*Fecha de nacimiento: ____/____/____ * Apellido de soltera de su madre: _____
mm dd aaaa

*Nombre de su madre (primer nombre): _____

Género: Masculino Femenino **Etnia:** Hispánico No hispánico **Raza:** África-americano Indo-americano Asiático Blanco Otra

*Dirección: _____ *Ciudad _____ *Estado _____

*Código postal: _____

*Guardián: _____ *Parentesco: _____
(Apellido) (Primer nombre)

ESTADO DEL SEGURO DE SALUD

***Por favor marque la categoría apropiada (Se requiere):**

- No tengo seguro médico
- Indo-americano
- Medicaid/Salud – **por favor marque el plan:**
 - ___ Blue Cross Medicaid/Salud ___ Molina Medicaid/Salud
 - ___ Lovelace Medicaid/Salud ___ Presbyterian Medicaid/Salud
 - ___ Medicaid FFS ___ United Healthcare Medicaid/Salud

Seguro particular/comercial:

- Blue Cross Blue Shield
- Lovelace
- Presbyterian
- United Healthcare
- Otro: _____
(indique el nombre de la compañía)

Medicaid # _____

de póliza _____

FOR CLINIC USE ONLY

*** ENTER IN THE APPROPRIATE TRADE NAME, LOT #, DATE of VIS, and SITE/ROUTE FOR EACH VACCINE GIVEN**

| Vaccine | Lot # | Date of VIS | Site/ Route (Codes below) | Vaccine | Lot # | Date of VIS | Site/ Route (Codes below) |
|---|-------|-------------|------------------------------|--|-------|-------------|------------------------------|
| DT | | | | HPV <input type="checkbox"/> Cervarix <input type="checkbox"/> Gardasil | | | |
| DTaP <input type="checkbox"/> Daptacel <input type="checkbox"/> Infanrix | | | | Influenza | | | |
| DTaP-HepB-IPV (Pediarix) | | | | MCV <input type="checkbox"/> Menactra <input type="checkbox"/> Menveo | | | |
| DTaP-IPV-Hib (Pentacel) | | | | MMR | | | |
| DTaP-IPV (Kinrix) | | | | MMRV (ProQuad) | | | |
| HBIG | | | | PCV (Prevnar) | | | |
| Hep A <input type="checkbox"/> Havrix <input type="checkbox"/> Vaqta | | | | Polio IPV | | | |
| Hep B <input type="checkbox"/> Engerix <input type="checkbox"/> Recombivax | | | | PPSV (Pneumovax) | | | |
| Hep A-Hep B (Twinrix) | | | | Rotavirus <input type="checkbox"/> Rotarix <input type="checkbox"/> RotaTeq | | | |
| Hep B-Hib (Comvax) | | | | Td (Decavac) | | | |
| Hib (ActHib) | | | | Tdap <input type="checkbox"/> Boostrix <input type="checkbox"/> Adacel | | | |
| Hib (Hiberix) | | | | Varicella (Varivax) | | | |
| Hib (PedvaxHib) | | | | | | | |

RA/IM (Right Arm/Intramuscular) LA/IM (Left Arm/Intramuscular) RT/IM (Right Thigh/Intramuscular) LT/IM (Left Thigh/Intramuscular) IN (Intranasal)

RA/SC (Right Arm/Subcutaneous) LA/SC (Left Arm/Subcutaneous) RT/SC (Right Thigh/Subcutaneous) LT/SC (Left Thigh/Subcutaneous) PO (By Mouth)

* Vaccinator: _____ * _____ * _____ * VFC Pin #: _____
(PRINT NAME) (SIGNATURE) (DATE OF SERVICE)

Direct NMSIIS entry of vaccines administered is required for VFC Program participation.