

La zona sombreada se debe completar para recibir la inmunización

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

Dirección actual (calle, ciudad, estado, código postal) Numero de Teléfono

Titular de la Tarjeta/Nombre el Garante Fecha de Nacimiento

El Sexo del Paciente: _____ Masculino _____ Femenino

Por favor seleccione el tipo de cobertura de seguro médico del paciente y proporcionar tímica de la tarjeta

Ninguna Medicaid Seguro Privado, **Vacuna Cubierta** Seguro Privado, **Vacuna NO Cubierta**

FOR OFFICE USE ONLY

<u>Immunizations Administered</u>	<u>Vaccine Name/Components</u>
90715	Boostrix/Tdap
90700	Infanrix/Dtap
90714	TD (Tetanus & Diphtheria)
90744	Energerix- B/Hepatitis B (3 dose adolescent)
90746	Engerix-B Hepatitis B (3 dose adult)
90649	Gardasil/HPV
90651	Gardasil/HPV 9
90633	Havrix/Hepatitis A (2 dose adolescent)
90632	Havrix/Hepatitis A (2 dose adult)
90696	Kinrix/Dtap - IPV
90707	MMR/Measles-Mumps-Rubella
90734	Meningococcal
90620	Meningococcal B (2 dose)
90723	Pediarix/Dtap - HepB - IPV
90647	ActHib/Hib
90698	Pentacel/Dtap – Hib - IPV
90732	Pneumovax 23/Pneumococcal Polynalent
90670	Pevnar 13/Pneumococcal 13
90713	IPOL/Inactivate Polio Vaccine
90680	Rotavirus
90716	Varivax/Varicella
90710	ProQuad/MMR & Varicella
90655	Influenza/.25ml Dose
90657	Influenza/Multi-Dose Vial 6 months & older
90656	Influenza/Single Dose Syringe 3yrs & older
90660	Influenza/ Intranasal (Flu Mist)

Por la presentada o mi consentimiento para que Public Health Solutions pueda administrar las vacunas y facturar a mi seguro medico.

X _____
 Firma del Padre/Tutor Fecha

CLINIC LOCATION