**Brazos County Health Department**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Paciente (Apellido , Primer Nombre )** | **Apellido de Soltera de la Mama** | **Numero de Seguro Social****(ultimos 4 numeros)** |
| **Fecha de Nacimiento** | **Sexo:** | **Raza: Hispano: SI/NO** | **Pais de Nacimiento** | **Lenguage Preferido** |
| **Direccion:** | **Ciudad/Estado/Codigo Postal** |
| **Telefono de Contact:** | **Numero de Medicaid/Medicare** | **Nombre del Padre/Guardian (si es un menor)** |
| **Reconocimiento de Recibo de Aviso de Aislamiento de Practicas** |
| Yo entiendo que como parte de la provision de servicios de salud, El Departamento de Salud del Condado de Brazos crea y mantiene archivos de salud y otra informacion descubrida entre otras cosas, mi salud y historial medico, sintomas, examenes y resultados, diagnosis, tratamiento y planes de tratamiento para el futuro.Me han ofrecido la oportunidad de revisar el aviso de aislamiento de Practicas que contiene una discripcion completa de los usos y accesos de sierta informacion de salud. Yo entiendo que el Departamento de Salud Condado de Brazos reserva el derecho de cambiar sus avisos y practices con el respeto de usar y accesar la informacion de salud. Yo entiendo que tengo el derecho de hacer peticion de restricciones al como se usara o dibulgar mi informacion de salud para tratamiento, pago, operaciones de cuidado medico, pero el Departamento de Salud del Condado de Brazos no es requerido de acceptar las restricciones solicitadas. |
| **Questionario Medico** |
| **Porfavor conteste las preguntas. Si tiene una pregunta o una preguntas no es clara, hable con la enfermera.** | **Si** | **NO** |
| 1. ¿Está usted enfermo/a hoy?
 |  |  |
| 1. ¿Es usted alérgico a algún medicamento, comida o vacuna o tiene Asma? Apunte las allergias:
 |  |  |
| 1. ¿Ha tenido el paciente alguna reacción a las vacunas en el pasado?
 |  |  |
| 1. ¿El paciente ha tenido un ataque o un problema cerebral o hacido diagnosticado con el sindrome de Guillain-Barré?
 |  |  |
| 1. ¿Tiene usted cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico?
 |  |  |
| 1. ¿A tomado el paciente cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos anticancer o ha estado expuesto a un tratamiento con rayos X durante los últimos 3 meses?
 |  |  |
| 1. ¿Ha recibido usted una transfusión de sangre o plasma, o ha recibido un medicamento llamado "gamaglobulina inmunológica" durante el último año?
 |   |  |
| 1. **Para Niños**: Atenido una enfermedad del estómago o intestinos?
 |  |  |
| 1. **Para mujeres**: Esta usted embarasada o habra chansa de que salga embarasada en el proximo mes?
 |  |  |
| 1. ¿Ha recibido usted vacunas durante las últimas 4 semanas? Nombre de Vacunas?
 |  |  |
| **TB Skin Testing** |
| 1. Fecha y resultado del ultimo examen de Tuberculosis? |
| 2. El paciente tiene un pasado de tratamiento de infeccion de Tuberculosis o enfermedad? |  |  |
| Razon del examen de Tuberculosis (por favor circule): Trabajo Escuela Expuesto Otro |
| **Consentimiento de Servicios Medicos** |
| 1. Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba la vacuna(s).
2. He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la información sobre esta vacuna (VIS).
3. Conozco los riesgos de la enfermedad que esta vacuna previene y conozco los beneficios y los riesgos de esta vacuna.
4. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad que esta vacuna previene, la vacuna y cómo se da la vacuna.
5. Sé que a la persona nombrada arriba se le va a dar una vacuna para prevenir la enfermedad que esta vacuna previene.
6. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada arriba. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.
7. Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de Brazos para liberar pasado, archivos de inmunización presentes y adicionales de mi niño a un padre del niño y cualquiera de lo siguiente: el departamento de salud local o regional, ImmTrac, médico del niño, escuela en cual el niño es matriculado/y o facilidad de guardería en cual el niño es matriculado. Si el paciente es de 18 años o más, autoriza la divulgación de los registros a sí mismo, el médico del paciente, la escuela y / o institución de educación superior en que está inscrito el paciente.
8. Me han aconsejado por un profesional de la salud de los efectos secundarios de las vacunas y las vacunas recomendadas y requeridas por las normas estatales.

La Firma abajo representa que el paciente/ o el padre del paciente o guardian a tenido la oportunidad de revisar el “Aviso de Aislamiento”, a completado el Questionario Medico y esta dando “Consentimiento de Servicios Medicos” como mencionado arriba.**Firma**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Relación al Paciente**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Revised 8/22/13**