



## Evaluación de Inmunizaciones

Apellido	Primer Nombre	Fecha De Nacimiento (MM/DD/AA)
----------	---------------	--------------------------------

	Sí	No	No lo sé	Explicación
¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene usted/el paciente alguna alergia a medicamentos, alimentos, látex o algún componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha tenido usted/el paciente alguna reacción grave a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene usted/el paciente alguno de los siguientes: un problema de salud a largo plazo con enfermedad cardíaca, pulmonar, renal o metabólica (como diabetes), asma, un trastorno sanguíneo, ausencia de bazo, un implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está usted/el paciente en tratamiento prolongado con aspirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Padece usted/el paciente cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene usted/el paciente un padre, hermano o hermana con un Problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿En los últimos 6 meses ha tomado usted/el paciente medicamentos que afectan a su sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido usted/el paciente tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Le han diagnosticado alguna vez a usted/al paciente una enfermedad cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido usted/el paciente Síndrome Inflamatorio Multisistémico (MIS-A o MIS-C) después de una infección con COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿En el último año ha recibido usted/el paciente inmunoglobulina, sangre/productos sanguíneos o un medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Está usted/la paciente embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha recibido usted/el paciente alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Se ha mareado antes, durante o después de una inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Está usted/el paciente ansioso por vacunarse hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha tenido el paciente, un hermano o uno de sus padres un ataque epiléptico; ha tenido usted/el paciente un problema cerebral o otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Para niños de 2 a 4 años: ¿Le ha dicho algún médico que el niño ha tenido sibilancia o asma en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Para bebés: ¿Ha tenido el niño la intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Athena #

CAIR #

**For office use only:**

Vaccine(s) Requested:

*Adult*

Self Pay - Private Pay     Vaccine Program- 317/SGF  
 Medi-Cal                       BAP  
 CenCal  
 Medicare Part B  
 TransactRX - Part D

Waived                       Merck  
 Voucher                     Private Insurance Provider:

*Child*

Self Pay - Private Pay  
 Medi-Cal VFC  
 CenCal VFC  
 Uninsured - VFC

Waived                     Private Insurance Provider:  
 Voucher

Disclosure:  Yes  No  Declined to Share Date: \_\_\_\_\_

Nurse Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Vaccines for Children (VFC)**

DTaP Infanrix, syringe 90700VB  
 DTaP Infanrix, vial 90700VA  
 DTaP-IPV HIB Pentacel 90698V  
 DTaP-IPV Kinrix, syringe 90696VA  
 DTaP-IPV Kinrix, vial 90696V  
 DTaP-IPV-Hib-HepB Vaxelis 90697V  
 Hep A Havrix, syringe 90633VC  
 Hep A Havrix, vial 90633VB  
 Hep B Energix, syringe 90744VA  
 Hib ActHiB 90648V  
 Hib PedVaxHib 90647V  
 HPV Gardasil9 90651V  
 Measles/Mumps/Rubella MMR 90707V  
 Men B Bexero 90620V  
 MenQuadfi 90619V  
 MMRV ProQuad 90710V  
 PCV13 Prevnar 90670V  
 PCV20 90677V  
 Poliovirus IPOL 90713V  
 Rotavirus RotaTeq, tube 90680V  
 RSV Abrysvo 906782  
 RSV Beyfortus 50 mg/0.5mL 90380  
 RSV Beyfortus 100 mg/mL 90381  
 Tdap Boostrix, syringe 90715VC  
 Varicella Varivax 90716V

**Vaccines for Adults**

Hep A Havrix, syringe 90632C  
 Hep A&B Twinrix 90636  
 Hep B Energix, syringe 90746C  
 Hep B Heplisav-B, syringe 90739  
 Hib ActHiB 90648  
 HPV Gardasil9 90651  
 Immune Globulin Gamastan 90281  
 Measles/Mumps/Rubella MMR 90707  
 Men B Bexero 90620  
 Meningococcal ACYW MenQuadfi 90619  
 MPOX Jynneos 90611  
 PCV20 Prevnar 90677  
 Rabies Imovax 90675  
 RSV Abrysvo 90678  
 Shingrix 90750  
 Tdap Boostrix syringe 90715C  
 Tdap Boostrix vial 90715B  
 Varicella Varivax 90716

**COVID-19 Vaccines**

Comirnaty (12+) 91320  
 Pfizer BioNTech (6mo- 4 yr) 91318  
 Pfizer BioNTech (5 -11 yr) 91319  
**FLU Vaccines**  
 Fluarix 90656  
 FluBlok 90673  
 FluLaval 90656  
 FluMist 90660  
 Fluzone High Dose 90662  
 Fluzone Multi dose .5mL 90658  
 Fluzone Prefilled Syringe 90656

**Travel Vaccines**

Cholera - Vaxchora 90625  
 Poliovirus IPOL 90713  
 Typhoid Typhim Injection 90691  
 Typhoid Vivotif ORAL 90690  
 Yellow Fever YF-Vax 90717  
**Office Visit**  
 COVID-19 Vaccine - 90480  
 One Vaccine - Injectable 90471  
 One Vaccine - Oral or Nasal 90473  
 Two or More Vaccines - Injectable 90472 and 90471  
 Two or More Vaccines - Oral or Nasal 90473 and 90474

**Medicare Specific Admin Codes**

Hep B G0010  
 High Dose Flu G0008  
 PCV20 G0009

Other: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_