



**Clinic Staff Only:**  
CHP Staff made copy of current  
Insurance card today  
\_\_\_\_\_

## Immunization Intake Form/*Hoja Informativa de las vacunas*

Patient Name/*Nombre de Paciente*: \_\_\_\_\_ Age/*Edad* \_\_\_\_\_

Birthdate/*Fecha de Nacimiento*: \_\_\_\_\_ Address/*Dirección*: \_\_\_\_\_

City/*Ciudad*: \_\_\_\_\_ Zip/*Código Postal*: \_\_\_\_\_

Home Phone/*Número de Teléfono*: \_\_\_\_\_ Cell Phone/*Teléfono Celular*: \_\_\_\_\_

Email/*Correo electrónico*: \_\_\_\_\_

**Preferred method of communication/*Preferencia de comunicación*: (Choose one/*Escoge uno*)**

- \_\_\_ Phone call home phone/*Llamada telefónica*
- \_\_\_ Phone call cell phone/*llamada telefónica celular*
- \_\_\_ Text message/*Por mensaje de texto*
- \_\_\_ Email/*Correo electrónico*

Preferred language/*Idioma preferido*: \_\_\_\_\_ English/*Inglés* \_\_\_\_\_ Spanish/*Español*

Have you been to our clinic before?/*¿Ha estado alguna vez en nuestra clínica antes?* \_\_\_\_\_ Yes/*Sí* \_\_\_\_\_ No

### **Section 1 Eligibility**

Patient is 18 years or younger and/*Paciente tiene 18 años o menos y (escoja uno del siguiente)*:

- is enrolled in Medicaid/*está inscrito en Medicaid* → Medicaid #/*escribe el número aquí* \_\_\_\_\_
- has no health insurance/*no tiene aseguranza* → \$12 suggested donation per shot/*donación sugerida: \$12*
- is American Indian or Alaskan Native/*es Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska*
- has health insurance that/*tiene seguro de salud que*
  - covers only some vaccines/ *cubre solo algunas vacunas* → \$12 suggested donation per shot/*donación sugerida: \$12*
  - has a cap on preventative services and cap is met → \$12 suggested donation per shot  
*Limita los servicios preventivos y se cumple el límite* → *donación sugerida: \$12*
  - does not cover any vaccines/*no cubre ninguna vacuna* → \$12 suggested donation per shot/*donación sugerida: \$12*

**Continue to back side/*Continuar en otro lado***

## Section 2 Health

1. **Is the child sick today?**/*¿Está enfermo hoy el niño?*  Yes/Sí  No
2. **Does the child have any allergies or had a serious reaction to a vaccine in the past?**  
*¿Tiene el niño alguna alergia o ha tenido una reacción seria a una vacuna en el pasado?*  Yes/Sí  No
3. **Does the child or a parent have a seizure or nervous system problem?**  
*¿El niño o un padre sufren de convulsiones o problema del sistema nervioso?*  Yes/Sí  No
4. **Does the child have/or had any health problems?**  
*¿Tiene el niño / o ha tenido algún problema de salud?*  Yes/Sí  No
5. **Is the child on or has the child been on any medications, other than antibiotics, or received a transfusion in the past 3 months?**  
*¿Está el niño tomando medicamentos o estado tomando algún medicamento, aparte de los antibióticos, o haber recibido una transfusión de sangre en los últimos 3 meses*  Yes/Sí  No
6. **Has the child had any immunizations in the past 4 weeks?**  
*¿La aplicaron alguna vacuna en las últimas 4 semanas?*  Yes/Sí  No
7. **Is the child/teen pregnant or is there a chance they could become pregnant during the next month?**  
*¿Es la niña / adolescente embarazada o hay posibilidad de que quede embarazada en el próximo mes?*  Yes/Sí  No
8. **Does the child receive routine well child checkups?**  
*¿Ha ido su niño a los chequeos de salud?*  Yes/Sí  No

**My signature indicates my consent for vaccine:** *Mi firma indica mi consentimiento para la vacuna:*

**Date/Fecha:** \_\_\_\_\_ **Patient or Parent Signature/Firma de Paciente o Padre:** \_\_\_\_\_

**I would like a copy of the record for my personal records sent within one week  
via email:** \_\_\_\_\_  Yes

*A mí me gustaría una copia personal de mi record. Por favor mándeme mi record dentro de una semana por correo electrónico a* \_\_\_\_\_  Sí