

FLORIDA DEPARTMENT OF HEALTH IN SEMINOLE COUNTY
IMMUNIZATIONS PROGRAM ENCOUNTER

Date _____ Appt. Time _____ Arrival Time _____ Client # _____

Client Information (Información de Cliente) Print clearly (Imprimir claramente)

Last Name _____ **First Name** _____ **Initial** _____ **Sex** Male Female
(Apellido) (Primer Nombre) (Iniciales) (Sexo)

Date of Birth _____ **Social Security #** _____ - _____ - _____ **Race** _____ **State of Birth** _____
(Fecha de Nacimiento) (Numero de Seguro Social) (Raza) (Estado donde Nació)

Address _____ **County** _____
(Dirección) Street Apt# City (Ciudad) Zip (Código Postal) (Condado)

Primary Telephone # _____ Home Cell **Allergies** _____
(Número de Teléfono) (Alergias)

REQUIRED INFORMATION FOR CHILDHOOD SERVICES

Parent/Guardian Name _____ **Relationship to Child** _____
Padres o Custodio Legal Relación al cliente

Reason for Visit: Baby Shots School Shots – Grade _____ Vaccination history only
(Motivo de la visita) (Vacunas de Bebe) (Vacunas Escolar para Grado) (Historial de vacunas)

680 Form (school/daycare) ONLY – Grade _____ Other _____
(Formulario 680 para escuela)

Vaccines For Children (VFC) Eligibility/Insurance -Elegibilidad para el programa de Vacunas Para Niños [VFC]

American Indian/Alaska Native FL Medicaid/MCO No Health Insurance
(Tiene Medicaid de Florida) (Sin Seguro Médico)

Privately Insured Underinsured Vaccines not fully covered by insurance (refer to FQHC)
(Seguros Privados) (Seguros privados que no cubre las vacunas)

CHILD AND ADULT SCREENING: Please mark if any of the following apply today to the client to be seen.
(SERVICIOS DE NIÑO Y ADULTO: Favor de marcar si alguno de los siguientes aplica a su visita en el día de hoy.)

- Client has fever or is sick today. (Cliente tiene fiebre o está enfermo hoy.)
- Client has allergies to medications, food, latex or vaccine. (Cliente es alérgico(a) a medicamentos, comidas, látex o vacunas.)
- Client has had a serious reaction to a vaccine in the past. (Cliente ha tenido una reacción severa a alguna vacuna en el pasado.)
- Client has had chicken pox. (Cliente ha tenido la varicela.)
- Client has received vaccinations in the past four weeks. (Cliente ha recibido vacunas en las últimas cuatro semanas.)
- Client has had seizures or any other brain problem. (Cliente ha sufrido convulsiones o cualquier otro problema cerebral.)
- Client is pregnant or could become pregnant in the next month.
(Cliente está embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes.)
- Client has cancer, leukemia, HIV/AIDS or other immune problem.
(Cliente tiene cáncer, leucemia, VIH u otro problema inmunológico.)
- Client has had prednisone, steroids, anticancer drugs or radiation treatments in the past three months.
(Cliente ha recibido tratamientos de prednisona, esteroides, medicamentos contra el cáncer o tratamientos de radiación en los últimos tres meses.)
- Client has received a transfusion of blood or blood products, or immune (gamma) globulin in the past year.
(Cliente ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o inmunoglobulina (gamma) en el último año.)
- Client has asthma or smokes cigarettes. (Cliente tiene asma fuma cigarrillos.)

ADULT SERVICES: Routine Adult Shots Travel Consult / Shots College forms Lab Titer / Results
(Servicios para adultos) (Vacuna de Rutina para Adulto) (Consulta/ Vacuna para Viajar) (Formulario para el Colegio) (Prueba / Resultado Laboratorio)