

# Formulario de Registro

**Nombre completo del paciente:** (Favor escribir con letra de molde) Fecha de hoy:

Apellido: Primer nombre: Segundo nombre:

**Padre/Guardían Nombre:** **Fecha de nacimiento del paciente:**

**Domicilio:** Numero/Calle:

Ciudad: Estado: Numero de código postal:

**Numero de telefono principal:** **Correo electrónico**

**Lenguaje de preferencia:** ☐ Inglés ☐ Español ☐ Lenguaje de señas norteamericano ☐ Otro lenguaje (Favor especificar):  
**Estado del paciente:** ☐ Soy paciente ☐ No soy paciente ☐ No soy paciente, pero me gustaría ser paciente  
**Situación de vivienda:** ☐ Actualmente no estoy sin techo/ Tengo vivienda ☐ Vivienda con apoyo seguro y permanente  
*Actualmente estoy sin techo, y el lugar donde duermo con mas frecuencia es:* ☐ Albergue ☐ Vivo con otros ☐ Otro ☐ Transicional ☐ Calle ☐ Desconozco

Hacemos preguntas demográficas para asegurarnos que reciba cuidado de salud equitativo, y por requerimientos de subvenciones y fondos. Puede negarse a declarar su raza y/u origen étnico.

**Raza:** ☐ Indígena americano/ Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afro-Americano ☐ Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacifico ☐ Blanco ☐ Prefiero no declarar ☐ Raza no listada  
**Sexo asignado al nacer:** ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiero no declarar ☐ No binario  
**Origen étnico:** ☐ Hispano o Latino ☐ No soy Hispano o Latino ☐ Prefiero no declarar  
**Cobertura de salud o seguro medico:** ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ My Health LA ☐ No tengo seguro medico ☐ Seguro medico privado ☐ Otro: \_\_\_\_\_  
**Compañía seguro de salud:** \_\_\_\_\_  
**Número de póliza:** \_\_\_\_\_

La vacuna de COVID es suministrada bajo ningun costo para las personas elegibles. La informacion sobre su cobertura de salud es exclusivamente para nuestros registros.

## SOLO PARA PERSONAL AUTORIZADO:

Clinic Site: \_\_\_\_\_

### COVID Vaccines

**Moderna (6mth - 5y):** ☐ Dose 1 ☐ Dose 2 ☐ Booster (Bivalent)  
**Moderna (6yo - 11y):** ☐ Dose 1 ☐ Dose 2 ☐ Booster (Bivalent)  
**Moderna (12y+):** ☐ Dose 1 ☐ Dose 2 ☐ Booster (Bivalent)  
**Pfizer (6mth - 4yo):** ☐ Dose 1 ☐ Dose 2 ☐ Dose 3 (Bivalent)  
**Pfizer (5yo - 11yo):** ☐ Dose 1 ☐ Dose 2 ☐ Booster (Bivalent)  
**Pfizer (12yo+):** ☐ Dose 1 ☐ Dose 2 ☐ Booster (Bivalent)

### Flu Vaccines

#### Vaccines for Children (≤18y):

☐ Fluzone Quad ☐ Fluarix Quad ☐ Flulaval Quad ☐ Flumist Quad

#### Patients (19y-64y):

**NI:** ☐ Fluarix Quad  
**I:** ☐ Flulaval Quad ☐ Fluzone Quad

#### Patients (65y+):

☐ Flublok Quad ☐ Fluzone HD Quad

**Date and Time of Vaccination:** \_\_\_\_\_

**Vaccine Administrator:** \_\_\_\_\_ **Lot Number:** \_\_\_\_\_ **Route:** Intramuscular