

Formulario de Registro

Nombre completo del paciente:
*(Favor escribir con
letra de molde)*
Fecha de hoy:
Apellido:
Primer nombre:
Segundo nombre:
Padre/Guardián Nombre:
Fecha de nacimiento del paciente:

/ /

Domicilio:
Numero/Calle:
Ciudad:
Estado:
Numero de codigo 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/ Native de Alaska
- Asiático
- Negro/Afro-Americano
- Native de Hawái o de otras Islas del Pacífico
- Blanco
- Prefiero no declarar
- Raza no listada

Sexo asignado al nacer: Cobertura de salud o seguro medico:

- | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> My Health LA | <input type="checkbox"/> No tengo seguro medico |
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Seguro medico privado | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no declarar | | | | |
| <input type="checkbox"/> No binario | | | | |

Origen étnico:

- Hispano o Latino
- No soy Hispano o Latino
- Prefiero no declarar

Compañía seguro de salud:

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

Número de póliza:

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