

Adult Registration Form / Forma de registraci3n para Adultos

**CLEARLY PRINT ALL INFORMATION ON PERSON RECEIVING
IMMUNIZATION TO AVOID DELAY**

**IMPRIMA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE TODA LA INFORMACION DE LA PERSONA QUE
VA A RECIBIR VACUNAS PARA EVITAR ALGÚN ATRASO**

NAME / Nombre									
		Last /Apellido		First / Primer Nombre		Middle / Inicial		Suffix	
DATE OF BIRTH / Fecha de nacimiento						SOCIAL SECURITY NUMBER Numero de seguro social (Optional /Opcional)			
		Month (Mes)		Day (Día)		Year (Año)			
ADDRESS Direcci3n									
CITY (Ciudad)				STATE (Estado)			ZIP CODE (c3digo postal)		
Cell PHONE NÚmero de tel3fono celular					HOME /EMERGENCY PHONE Tel3fono de casa/ emergencia				
SEX Sexo		MALE Masculino		FEMALE Femenino		RACE Raza		Ethnicity Grupo Étnico	
								Hispanic Hispano	
								Non- Hispanic No Hispano	

**Please answer questions on the front and back of this form
Favor de contestar las preguntas adelante y en la parte de atr3s de esta pagina**

**In your current medical condition, how are you feeling at this time?
¿En la condici3n medica actual, como se siente hoy?**

**Do you have health Insurance? If yes please check on the one that applies below
Tu tiene seguro medico? Si tu respuesta es Si, por favor indique cual aplica**

Private Insurace – Seguro Privado Medicare / Medicaid American Indian/Alaskin Native

Underinsured – Seguro Limite No Insurance – No Seguro

Other – Otro _____

**Do you have food or drug allergies?
If yes, please list food and/or drug allergies:**

**¿Tienes alergias a comida o medicamentos?
Si el respuesta es Si, por favor indique que tipo de alergias:**

Are you sick with anything more serious than a cold? ¿Está enfermo (a) de algo mas serio que catarro comun?	YES/SI	NO
Are you taking Antibiotics? ¿Esta tomando Antibióticos?	YES/SI	NO
Have you had a fever of 101°F within the last two (2) days? Have you taken any medication for the fever? ¿Ha tenido fiebre alta con una temperatura de 101°F o más en los últimos dos (2) días? ¿Ha tomado algún medicamento para la fiebre?	YES/SI	NO
Have you ever had a serious reaction to any previous vaccines? ¿Alguna vez ha tenido una reaccion seria a vacunas recibidas en el pasado?	YES/SI	NO
Have you ever had convulsions or neurological problems? ¿Alguna vez ha tenido convulsiones o problemas neurologicos?	YES/SI	NO
Have you received blood transfusions recently? ¿Ha recibido transfusiones de sangre recientemente?	YES/SI	NO
Have you received Immune globulin recently? ¿Ha recibido la inmunoglobulina recientemente?	YES/SI	NO
Do you have any history of blood disorders or tumors? ¿Tiene algun historial de una enfermedad en la sangre o tumores?	YES/SI	NO
Are you under treatment for Cancer, Leukemia, HIV/AIDS positive or receiving steroids? Do you have immune system problems? ¿Esta recibiendo tratamiento para el Cáncer, Leucemia, VIH/ SIDA, o esteroides? ¿Tiene problemas del sistema inmumologico?	YES/SI	NO
Have you ever had a severe allergic reaction to eggs, baker's yeast, gelatin, Neomycin, Streptomycin or merthiolate? ¿Alguna vez ha tenido una reaccion alergica severa a los huevos, gelatina, levadura o medicina como Neomicina, estreptomicina, o mertiolate?	YES/SI	NO
Do you have asthma or recurrent active wheezing? ¿Tiene asma o ronquillo del pecho?	YES/SI	NO
LIST ALL CURRENT MEDICATIONS (include dosages) ESCRIBA TODOS SUS MEDICAMENTOS (incluyendo las dosis)		
FOR FEMALES ONLY (SOLAMENTE PARA MUJERES):		
Is there any possibility of being pregnant? ¿Hay alguna posibilidad que este embarazada?	YES/SI	NO
Are you breastfeeding ? ¿Esta amamantado a su niño (a)	YES/SI	NO
Last menstrual period Fecha de su última menstruación		
Your method of birth control, ex: condoms, pills, NuvaRing, Diaphragm, Intrauterine devices, etc. Cuál es su método anticonceptivo ej: condones, cápsulas, Diafragma, Dispositivos intrauterinos, etc.		