

WILLIAMSON COUNTY AND CITIES HEALTH DISTRICT

Immunization Clinic Register: Adult

350 Discovery Blvd., Ste. 102
Cedar Park, TX 78613
Phone: 512-260-4240
Fax: 512-260-4245

100 W. 3rd St.
Georgetown, TX 78626
Phone: 512-943-3640
Fax: 512-943-5260

211 Commerce Blvd., Ste. 109
Round Rock, TX 78664
Phone: 512-248-3257
Fax: 512-248-3260

115 W. 6th St.
Taylor, TX 76574
Phone: 512-238-2121 / 512-352-4121
Fax: 512-238-2179 / 512-352-4179

Imprime por favor:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: **M F** Pais de nacimiento: _____

Nativo de Alaska Amerindio Asiático Negro/Africano Americano Isleño del Pacifico Blanco

Hispano: **Sí No**, descendencia: _____

Dirección: _____ Apt#: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Número de personas en el hogar _____ Ingreso mensual _____ SS#: _____

¿Usted ha tenido una vacuna de tétano en los últimos diez año? **Yes No**

Yo comprendo que, como parte del suministro de servicios de cuidado de salud, el Distrito de Salud del Condado y Ciudades de Williamson crea y mantiene registros médicos y otros informaciones que describen, entre otras cosas, mi historia médica y de salud, mis síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para cuidado o tratamiento futuro. Se me ha suministrado un "Aviso de practices de privacidad" que provee una descripción más completa sobre los usos y las divulgaciones de cierta información médica. Yo comprendo que el Distrito de Salud del Condado y Ciudades de Williamson reserve el derecho a cambiar su Aviso y practices relacionadas con el uso y la divulgación de la información médica. Yo comprendo que tengo el derecho a solicitar restricciones sobre cómo podría usarse o divulgación de la información médica para propósitos de tratamiento, pago ó operaciones de cuidado de salud, pero que el Distrito de Salud del Condado y Ciudades de Williamson no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas.

Firma

Firma _____ Fecha _____

No escribas abajo. Para el uso de la oficina solamente.

Date Given	VACCINE	MFG	LOT #	Route	Exp. Date	SITE (RA,LA,RT,LT)
	IPV			IM, SC		
	Hep B			IM		
	Pneumococcal Polysacharide			IM		
	MENINGOCOCCAL			IM		
	MMR			SC		
	VARICELLA			SC		
	Td			IM		
	Tdap			IM		
	Hep A			IM		
	HPV			IM		
	FLU >3YRS			IM		
	Zoster			SC		

Nurse Signature: _____ Date: _____