



Immunization Documentation

SECCIÓN I: Para que la complete el cliente o el padre/tutor legal (si el cliente es menor de 16 años).

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre:		Fecha de nacimiento:		Edad:	
Dirección:				Condado:	
Teléfono:	☐ celular ☐ particular	Raza:	Sexo:	Número de MCI (solo para uso del personal)	
Forma de contacto preferida: ☐ Teléfono ☐ Correo	Teléfono/dirección preferidos (si no coinciden con los anteriores)				
Persona de contacto de emergencia:			Teléfono de emergencia:		
Mediante mi firma al pie en carácter de cliente, padre, tutor legal u otro tercero responsable, por medio del presente presto mi consentimiento y autorizo a los empleados y representantes del Departamento de Salud y Control Ambiental (DHEC, por sus siglas en inglés) de Carolina del Sur a prestarme servicios médicos y de vacunación a mí o, en caso de ser padre o tutor legal, a prestarle dichos servicios a mi hijo o pupilo.					
Firma del cliente/padre/tutor legal		Fecha		Vínculo con el cliente	

SECTION II: To be completed by DHEC staff.

VACCINE HISTORY

Previous dose(s) of vaccine as applicable (include dates):	Pregnancy Status: ☐ pregnant ☐ not pregnant ☐ N/A (male)
Allergies/Comments:	
☐ No Contraindications	

ELIGIBILITY

ADULT ELIGIBILITY (Persons ≥19 yrs. of Age)		CHILD ELIGIBILITY (Persons ≤18 yrs. of Age)	
1. Adult > No Health Insurance	6. Fee-For-Service > No Health Insurance	10. Pediatric VFC > Medicaid	13. Pediatric State > Underinsured
2. Adult > Underinsured	7. Fee-For-Service > Underinsured	11. Pediatric VFC > American Indian/Alaska Native	14. Pediatric State > Insured
3. Fee-For-Service > Insured	8. Disease Control	12. Pediatric VFC > No Health Insurance	15. Preparedness Exercise
4. Fee-For-Service > Medicaid	9. Preparedness Exercise		
5. Fee-For-Service > Medicare			

DOCUMENTATION

Vaccine Name	Dosage	Dose #*	Site	Route	Manufacturer	Lot #	VIS Date	Elig.
INACTIVATED INFLUENZA ☐ IIV4 ☐ cIIIV4 ☐ IIV3-High Dose	☐ 0.5 mL ☐ 0.25 mL	☐ 1 ☐ 2	☐ LA ☐ RA ☐ LL ☐ RL	IM			8/15/19	
LIVE ATTENUATED INFLUENZA (LAIV4)	☐ 0.2 mL	☐ 1 ☐ 2	R and L Nare	Intra-nasal			8/15/19	
PNEUMOCOCCAL CONJUGATE (PCV13)	☐ 0.5 mL		☐ LA ☐ RA ☐ LL ☐ RL	IM			10/30/19	
PNEUMOCOCCAL POLYSACCHARIDE (PPSV23)	☐ 0.5 mL		☐ LA ☐ RA ☐ LL ☐ RL	☐ IM ☐ SC			10/30/19	
TETANUS (Td)	☐ 0.5 mL		☐ LA ☐ RA ☐ LL ☐ RL	IM			4/01/20	
TETANUS (Tdap)	☐ 0.5 mL		☐ LA ☐ RA ☐ LL ☐ RL	IM			4/01/20	
VARICELLA	☐ 0.5 mL	☐ 1 ☐ 2	☐ LA ☐ RA ☐ LL ☐ RL	SC			8/15/19	
HEPATITIS A	☐ 0.5 mL ☐ 1.0 mL	☐ 1 ☐ 2	☐ LA ☐ RA ☐ LL ☐ RL	IM			7/28/20	
HEPATITIS B	☐ 0.5 mL ☐ 1.0 mL	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ LA ☐ RA ☐ LL ☐ RL	IM			8/15/19	
MMR	☐ 0.5 mL	☐ 1 ☐ 2	☐ LA ☐ RA ☐ LL ☐ RL	SC			8/15/19	
MENINGOCOCCAL ☐ MenACWY-D (Menactra) ☐ MenACWY-CRM (Menveo)	☐ 0.5 mL	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ LA ☐ RA ☐ LL ☐ RL	☐ IM ☐ SC			8/15/19	
MENINGOCOCCAL B ☐ Trumenba ☐ Bexsero	☐ 0.5 mL	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ LA ☐ RA ☐ LL ☐ RL	IM			8/15/19	
Zoster Recombinant (RZV)	☐ 0.5 mL	☐ 1 ☐ 2	☐ LA ☐ RA	IM			10/30/19	
IG Type: _____ Wgt: _____								
Signature/Title of Person Administering Vaccine:							Date:	
Clinic Site or Health Department:							IIS Entry Complete: ☐	

Dose # is product dependent.

DHEC 3518S (9/2020)

South Carolina Department of Health & Environmental Control

BILLING

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

☐ Medicare Card Number _____
(include alpha suffix – all letters and numbers)☐ Medicaid Card Number _____☐ Other Insurance Company _____ Policy Number _____

Name and Social Security Number of Policy Holder (if different from demographic section) _____

Aviso de privacidad y certificación de facturación

Mediante mi firma al pie en carácter de padre, tutor o cliente, solicito que el pago de los beneficios de seguro de Medicare/Medicaid o de otro tercero se realice en nombre del Departamento de Salud y Control Ambiental (DHEC, por sus siglas en inglés) de Carolina del Sur para todos los servicios que se me brinden. Asimismo, se le concede autorización al DHEC para que intercambie información médica u otro tipo de información confidencial, conforme sea necesario, con los Centros para Servicios de Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), sus representantes u otros representantes necesarios para determinar estos beneficios en relación con servicios afines.

En caso de que corresponda, también acepto participar de planes de tratamiento, de la asignación de beneficios de seguro, Medicaid o Medicare al DHEC por servicios prestados, y del pago de servicios según lo establecido en pautas específicas del programa.

Reconozco que me han proporcionado una copia del Aviso de privacidad del DHEC. ¿El paciente rechazó el aviso? ¡ Sí

Firma (cliente/tutor legal)_____
Fecha_____
Testigo (si el cliente firma una "X")_____
Fecha