

Clinic Identification Stamp

NKMA

PHALCON LABEL

Name Jim Hoger

Date of Service _____

CHR # _____

PPD	DATE	RESULTS	PPD	DATE	RESULTS	PPD	DATE	RESULTS
MANTOUX			MANTOUX			MANTOUX		
PPD	DATE	RESULTS	PPD	DATE	RESULTS	PPD	DATE	RESULTS
MANTOUX			MANTOUX			MANTOUX		

Vaccine	Date Admin.			Age at the Time	VIS Type & Date	Manufacturer & Lot Number	Administration:	Q	Professional Signature
	Mo	Day	Yr				Amt. Site & Route		
MMRV							0.5cc SQ LA RA		
MMR							0.5cc SQ LA RA		
MMR							0.5cc SQ LA RA		
Varicella							Vial SQ LA RA		
Varicella							Vial SQ LA RA		
Tdap Td	3	6	07	6/94	→		0.5ccIM (LA) RA		
Tdap Td							0.5ccIM LA RA		
Tdap Td							0.5ccIM LA RA		
Meningococcal Conjugate (MCV4, MPSV-4)							0.5ccIM LA RA		
Pneumococcal 23-valent (PPV 23)							0.5ccIM LA RA SQ		
Pneumococcal 23-valent (PPV 23)							0.5ccIM LA RA SQ		
Hepatitis A							0.5cc LA RA 1cc IM LT RT		
Hepatitis A							0.5cc LA RA 1cc IM LT RT		
Influenza							0.25ccIM LA RA 0.5ccIM LT RT		
Influenza							0.25ccIM LA RA 0.5ccIM LT RT		
Rotavirus							PO		
Rotavirus							PO		
Rotavirus							PO		

Lot U1943BA
Tetanus and Diphtheria Toxoids Adsorbed
For Adult Use, DECAVAC™
US Govt Lic #1277
Mfd by: Aventis Pasteur Inc.
Swiftwater PA 16370 USA
CPT® Code: 90714

0.5 mL _____
Rx only _____
5243 _____

Hogers

IMMUNIZATION RECORD

PHALCON LABEL

Allergies:

Reactions:

Name _____

Date of Service _____

CHR # _____

Vaccine (Circle Vaccine Given)	Date Admin.			Age at the Time	VIS Type & Date	Manufacturer & Lot Number	Administration:			Q	Professional Signature
	Mo	Day	Yr				Amt.	Site	Route		
DTaP DT							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		
DTaP DT							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		
DTaP DT							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		
DTaP DT							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		
DTaP DT							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		
DTaP/Hib							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		
DTaP/HepB/IPV							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		
DTaP/HepB/IPV							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		
DTaP/HepB/IPV							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		
HepB							0.5cc	LA	RA		
							1cc IM	LT	RT		
HepB							0.5cc	LA	RA		
							1cc IM	LT	RT		
HepB							0.5cc	LA	RA		
							1cc IM	LT	RT		
HepB/Hib							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		
HepB/Hib							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		
HepB/Hib							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		
Hib							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		
Hib							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		
Hib							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		
Hib							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		
IPV							0.5ccSQ	LA	RA		
								LT	RT		
IPV							0.5ccSQ	LA	RA		
								LT	RT		
IPV							0.5ccSQ	LA	RA		
								LT	RT		
IPV							0.5ccSQ	LA	RA		
								LT	RT		
Pneumococcal 7-valent (PCV 7)							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		
Pneumococcal 7-valent (PCV 7)							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		
Pneumococcal 7-valent (PCV 7)							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		
Pneumococcal 7-valent (PCV 7)							0.5ccIM	LA	RA		
								LT	RT		

CHR 8

Patient name: Jan Hogan Date of birth: 12/7/62
(mo.) (day) (yr.)

Screening Questionnaire for Adult Immunization



For patients: The following questions will help us determine which vaccines you may be given today. If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean you should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

	Yes	No	Don't Know
1. Are you sick today?	☐	☒	☐
2. Do you have allergies to medications, food, or any vaccine?	☐	☐	☒
3. Have you ever had a serious reaction after receiving a vaccination?	☐	☒	☒
4. Do you have cancer, leukemia, AIDS, or any other immune system problem?	☐	☒	☐
5. Do you take cortisone, prednisone, other steroids, or anticancer drugs, or have you had x-ray treatments?	☐	☒	☐
6. Do you have a seizure, brain, or nerve problem?	☐	☒	☐
7. During the past year, have you received a transfusion of blood or blood products, or been given a medicine called immune (gamma) globulin?	☐	☒	☐
8. For women: Are you pregnant or is there a chance you could become pregnant during the next month?	☐	☒	☐
9. Have you received any vaccinations in the past 4 weeks?	☐	☒	☐

Form completed by: Jan Hogan

Date: 3/6/07

Form reviewed by: [Signature]

Date: 3/6/07

Did you bring your immunization record card with you?

yes ☐ no ☒

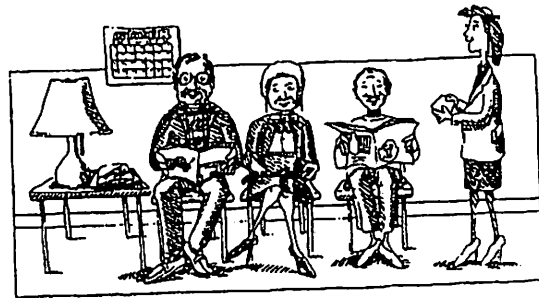
It is important for you to have a personal record of your vaccinations. If you don't have a record card, ask your healthcare provider to give you one! Bring this record with you every time you seek medical care. Make sure your healthcare provider records all your vaccinations on it.

www.immunize.org/catg.d/p4065scr.pdf • Item# P4065 (9/06)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____
(mes) (día) (año)

Cuestionario para la vacunación de adultos



Para los pacientes: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas debe recibir hoy. Si alguna pregunta no está clara, por favor pídale a su proveedor de salud que se la explique.

	Si	No	No sabe
1. ¿Está usted enfermo en la actualidad?	☐	☐	☐
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, o alguna vacuna?	☐	☐	☐
3. ¿Ha tenido usted alguna reacción seria a las vacunas en algún momento?	☐	☐	☐
4. ¿Tiene usted cáncer, leucemia, SIDA, o cualquier otra enfermedad del sistema inmunológico?	☐	☐	☐
5. ¿Toma usted cortisona, prednisona, otros esteroides, drogas anticáncer, o ha estado expuesto a un tratamiento con rayos X?	☐	☐	☐
6. ¿En el curso del año pasado, ha recibido usted alguna transfusión de sangre, plasma, o una medicamento llamado gamaglobulina inmunológica?	☐	☐	☐
7. Para mujeres: ¿Es posible que usted esté embarazada o que quede embarazada en el próximo mes?	☐	☐	☐
8. ¿Ha recibido usted alguna vacuna durante las últimas cuatro semanas?	☐	☐	☐

Este formulario ha sido completado por: _____

Fecha: ____/____/____
(mes) (día) (año)

Este formulario ha sido repasado por: _____

Fecha: ____/____/____
(mes) (día) (año)

Trajo su tarjeta de vacunación? sí ☐ no ☐

Es importante que usted tenga una tarjeta personal con el registro de sus vacunas. Si usted no tiene una tarjeta, pídale a su proveedor de atención de la salud le dé una. Traiga esta tarjeta cada vez que busque atención médica. Asegúrese de que su proveedor atención de la salud le anote todas las vacunas en su tarjeta.

www.immunize.org/catg.d/p4065-01.pdf • Item# P4065-01 Spanish (4/04)