

DEPARTAMENTO DE SALUD DE FAIRFAX COUNTY – PAPEL DE SERVICIO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ PIN: _____

BELOW TO BE COMPLETED BY HEALTH DEPARTMENT STAFF ONLY:

CODE	IMMUNIZATION	CHARGE	X	IT	MFG	LOT #	DOSE	ROUTE	SOI	VFC	NVFC State	Non-VFC	VIS Date
90748	COMVAX (HEP B & HIB)		X				0.5	IM					
90700	DTaP		X				0.5	IM					
90636	HEP A/HEP B	C					1.0	IM					
90632	HEP A - Adult	C					1.0	IM					
90633	HEP A - (Child 1 thru 18)						0.5	IM					
90746	HEP B – ADULT						1.0	IM					
90744	HEP B – (Child 0 thru 19)						0.5	IM					
90648	HIB		X				0.5	IM					
90649	HPV		X				0.5	IM					
90281	IMMUNE GLOBULIN	C						IM					
90735	JAPANESE ENCEPHALITIS	C						SQ					
90707	MMR		X				0.5	SQ					
90710	MMRV (12 mos thru 12 yrs)		X				0.5	SQ					
90733	MENINGOCOCCAL POLY						0.5	SQ					
90734	MENINGOCOCCAL CONG (11-55 YRS.)						0.5	IM					
90723	PEDIARIX (HEPB/DTaP/IPV)		X				0.5	IM					
90698	PENTACEL (DTaP/IPV/Hib)		X				0.5	IM					
90669	PNEUMOCOCCAL Conjugate (VFC Elig)		X				0.5	IM					
90732	PNEUMOCOCCAL (POLYSACCHARIDE)						0.5	IM					
90713	POLIO INJECTABLE		X				0.5	IM					
90675	RABIES	C					1.0	IM					
90680	Rotavirus (VFC Elig. Only)		X				2.0	PO					
90681	Rotavirus (Rotarix) (VFC Elig. Only)		X				1.0	PO					
90714	Td		X				0.5	IM					
90715	Tdap						0.5	IM					
90691	TYPHOID INJECTABLE	C					0.5	IM					
90690	TYPHOID – ORAL	C						PO					
90716	VARICELLA						0.5	SQ					
90717	YELLOW FEVER	C					0.5	SQ					
90736	ZOSTER						.65	SQ					

86580	TST GIVEN												
TST CODES (Circle for current TST entry):													
TYPE: INITIAL / REPEAT / BOOSTER													
TIME PLANTED: _____													
TST READ: _____ MM DATE: _____ OUTCOME: POSITIVE / NEGATIVE / UNREADABLE / NO RETURN													
START TIME - (Ready for PHN) / PROVIDER'S SIGNATURE SERVICE TIME (Minutes): CHECKOUT: (Front Desk)													
(Time Spent with PHN)													

START TIME - (Ready for PHN) / PROVIDER'S SIGNATURE SERVICE TIME (Minutes): CHECKOUT: (Front Desk)
 (Time Spent with PHN)

INTERPRETER NAME/NUMBER: _____ DATE: _____

DEPARTAMENTO DE SALUD DE FAIRFAX COUNTY – PAPEL DE SERVICIO

RETENCIÓN DE EXPEDIENTES

Tengo entendido que los expedientes médicos se retendrán durante diez años a partir de las fecha de la última consulta, o durante cinco años a partir de la fecha de fallecimiento del paciente. En el caso de un menor de edad, el expediente se retendrá durante diez años a partir de la última consulta o durante cinco años a partir de la fecha en que el menor cumpla 18 años, según lo que suceda en último lugar.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA RECIBIR ATENCIÓN PRIMARIA GENERAL

Por este medio autorizo a los médicos, enfermeras, especialistas y seis proveedores de atención médica del Departamento de Salud del Condado de Fairfax (FCHD, por sus siglas en inglés) a examinar o tartar a mi persona o a mi dependiente, según se nombra más arriba.

AVISO DE CONSENTIMIENTO IMPLÍCITO PARA ANÁLISIS DE VIH, HEPATITIS B O HEPATITIS C

La sección 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950) y sus enmiendas obligan al FCHD a darle el siguiente aviso:

1. Si algún profesional en atención médica, trabajador o empleado del FCHD fuese expuesto directamente a su sangre o fluidos corporales de forma que se pudiera transmitir alguna enfermedad, su sangre se analizará para detectar si está infectada con el virus de inmunodeficiencia humana (el virus del sida) o los virus de hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informará acerca del resultado de la prueba. De acuerdo con las sección 32.1-45.1(A) del Código de Virginia, se considera que usted ha consentido divulgar los resultados de la prueba a la persona expuesta.

2. Si usted fuese directamente expuesto a la sangre o fluidos corporales de un profesional en atención médica, trabajador o empleado del FCHD de forma que se pudiera transmitir alguna enfermedad, la sangre de dicha persona se analizará para detectar si está infectada con el virus de inmunodeficiencia humana (el virus del sida) o los virus de hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informará a usted y a dicha persona acerca del resultado del la prueba.

EXAMEN DE HIV

Si el examen de HIV es ofrecido, se le informara con anterioridad, se le dara informacion acerca del examen, y se le permitira rehusar tomar el examen. Los resultados permaneceran confidenciales con excepcion de lo permitido por la ley.

Tengo entendido que este consentimiento permanecerá vigente mientras mi dependiente o yo recibamos atención del FCHD o hasta que yo lo retire.

Firma del paciente, padre o madre, tutor legal o persona que actúa en lugar de los padres

Fecha de la firma

BELOW TO BE COMPLETED BY HEALTH DEPARTMENT STAFF ONLY:

CODE	LABORATORY	CODE	MATERNITY	CODE	OTHER SERVICES	CODE	OTHER SERVICES (CONT.)
84030	HEMOGLOBIN	99204	NEW	COU	COUNSELING STD/IMM	S0250	NURSING HOME SCREEN
86706	HEPATITIS B SCREENING	MATOP	INTAKE	HSI	HOMELESS SHELTER INITIAL	DDW	DD WAIVER
86703	HIV TESTING	99214	RETURN	HSR	HOMELESS SHELTER RETURN	90471	ADMIN FEE
83655	LEAD SCREENING			IDC	INFANT DEVELOPMENT	99211	IT CONSULTATION FEE
81025	PREGNANCY TEST FP/MAT	CODE	SCHOOL PE	MRX	MALARIA RX	99213	TB RETURN
		99383	5-11	RSO	RISK SCREEN ONLY	CODE	TATTOO PROGRAM
						15783	TATTOO REMOVAL

IMMUNIZATION HISTORY:	DATE(S) OF INJECTION(S)	IMMUNIZATION HISTORY:	DATE(S) OF INJECTION(S)
90701 DPT		90704 MUMPS	
90720 DPT/HIB		90669 PNEUMO (Conj)	
90702 DT		90732 PNEUMO (Poly)	
90700 DTap		90713 POLIO	
90633 HEPATITIS A		90675 RABIES	
90744 HEPATITIS B		90680 ROTAVIRUS	
90723 HEP B/DTaP/IPV		90681 ROTOVIRUS (Rotarix)	
90698 DTaP/IPV/Hib		90706 RUBELLA	
90648 HIB		90718 TD	
90748 HIB/HBV COMV		90715 Tdap	
90649 HPV		90691 TYPHOID, INJECT	
90735 JAPANESE ENCEPHALITIS		90690 TYPHOID, ORAL	
90707 MMR		90716 VARICELLA	
90705 MEASLES		90717 YELLOW FEVER	
90733 MENINGOCOCCAL		90736 ZOSTER	