CLIENT'S INFORMATION
INFORMACIÓN DEL CLIENTE

FOR OFFICE USE ONLY **SOLO PARA USO DE OFICINA**

CAIR2# **PHIMS#**

NAME (LAST, FIRST, MIDDLE)
NOMBRE(APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)

DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO)

ADDRESS/DIRECCIÓN

CITY/CIUDAD

ZIP CODE/CÓDIGO POSTAL

EMAIL/CORREO ELECTRONICO

TELEPHONE/NUMERO TELEFONICO

MOTHER'S MAIDEN NAME(FIRST AND LAST)
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (PRIMER NOMBRE Y APELLIDO)

RACE/ETHNICITY
RAZA ORIGEN ÉTNICO

- ☐ **WHITE**/BLANCO
- ☐ **AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE/** INDIO(INDÍGENA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA) O INDÍGENA DE ALASKA
- ☐ **ASIAN**/ASIÁTICO
- ☐ **BLACK OR AFRICAN AMERICAN**/NEGRO O AFROAMERICANO
- ☐ **OTHER**/OTRO
- ☐ **NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER/** INDÍGENA HAWAIANO U OTRO ISLENO DEL PACÍFICO
- ☐ **PREFER NOT TO ANSWER/** PREFIERO NO CONTESTAR

ETHNICITY/ORIGEN ÉTNICO

- ☐ **HISPANIC OR LATINO/** HISPANO O LATINO
- ☐ **NOT HISPANIC OR LATINO/** NO HISPANO O LATINO
- ☐ **PREFER NOT TO ANSWER/** PREFIERO NO CONTESTAR

FOR OFFICE USE ONLY SOLO PARA USO DE OFICINA

Date:

Appointment:

Walk-In:

COVID-19 Manufacturer and Lot No.

FLU Manufacturer and Lot No.

	Recommended	Declined	Out of Stock
COVID-19	☐	☐	☐
Dtap	☐	☐	☐
Hep A	☐	☐	☐
Hep B	☐	☐	☐
HIB	☐	☐	☐
HPV	☐	☐	☐
Influenza	☐	☐	☐
Japanese Encephalitis (RX ONLY)	☐	☐	☐
Kinrix (Dtap+IPV)	☐	☐	☐
MCV4	☐	☐	☐
Men B	☐	☐	☐
MMR	☐	☐	☐
PCV20	☐	☐	☐
PPSV23	☐	☐	☐

	Recommended	Declined	Out of Stock
Pediarix (Dtap+Hep B+IPV)	☐	☐	☐
Polio	☐	☐	☐
Rabies	☐	☐	☐
Rotavirus	☐	☐	☐
RSV	☐	☐	☐
Shingles	☐	☐	☐
Td	☐	☐	☐
Tdap	☐	☐	☐
Twinrix (HepA+HepB) ADULT ONLY	☐	☐	☐
Typhoid	☐	☐	☐
Varicella	☐	☐	☐
Yellow Fever (RX ONLY)	☐	☐	☐

- ☐ **Completion of External Form** **$15.00**
- ☐ **Immunization Record** **$5.00**
- ☐ **Skin Test (PPD)** **$25.00**
- **Transcription** ◯ **Yes** ◯ **No** **$26.00**
- **Nurse Consultation** ◯ **Yes** ◯ **No**