

Preferencia de Padre NIEBLA INYECCION

Dependiendo de la disponibilidad de la vacuna, la cobertura del seguro medico, y las pautas del CDC, la enfermera tomará la determinación final de qué vacuna se administrará al estudiante.

TEAR



DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE TOOELE FORMULARIO DE
CONSENTIMIENTO/VISITA PARA LA VACUNA

Nombre del Paciente:		Grado:	Maestro:		La Escuela:
Direccion:		Ciudad:		Estado:	Codigo Postal:
Celular:	Fecha de Nacimiento:		Edad:	Raza:	Sexo:
Podemos Enviar un mensaje de texto? YES NO		Correo Electronico:			
Seguro Medico:			Identification del miembro:		#de grupo:
Nombre del asegurado:			Fecha de Nacimiento del asegurado:		
Nombre del Seguro secundario:			Identification del miembro:		#de grupo:
Nombre del asegurado:			Fecha de Nacimiento del asegurado:		

Por favor conteste si o no a las siguientes preguntas:

- | <u>Si</u> | <u>No</u> | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tengo alergia ssevera a alguna comida o medicaciones. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | He tenido una reaccion seria a una vacuna en el pasado. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estoy en un tratamiento de aspirina, quimoterapia/radiacion. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | He sido paralizado por el Sindrome de Guillain-Barre. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | He redigido vacunas durante el mes pasado. Si es sí, que? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | He estado enfermo durante la semana pasada, estoy tomando antibioticos o medicamentos antivirales.. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estoy Embarazado o He tenido alguna enferdad cronica como enferdad del Corazon, Enfermedad Pulmonar, Diabetes, Asma, Rinon, Enfermedad Hepatica, Anergia, Problema de la sangre. |

He recibido y revisado o me han explicado la información de la Declaracion de Información de Vacunas para la gripe del dia 8/07/19. He recibido una copia del Aviso de practicas de privacidad y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Yo entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna sea dada a mi o a la persona a quien estoy autorizado para hacer esta solicitud. Estoy de acuerdo en que esta información puede ser compartida con las escuelas, guarderias, los proveedores de salud y otros cuando sea medicamento necario. **Entiendo que es mi responsabilidad saber cual es mi plan de Seguro y que cubre y me comprometo a pagar la parte no cubierta necesario por el Seguro. Yo entiendo que si el Departamento de Salud no tiene un contrato con mi compania de seguros, o mi compania de seguros se niega a pagar yo soy responsable de todos los cargos. Por favor leé la corta que viene con esta forma.**

Firma del cliente/Tutor: _____ Fecha: _____

Opción de pago con tarjeta de crédito: [] Visa [] Mastercard [] Discover [] American Express Card # _____ Exp. Date _____ Amount \$ _____ Signature _____

*****Espacio debajo para informacion de enfermeras de salud publica solamente*****

VFC/Private >6 months
Deltoid L R 0.5 ml
Lateral thigh L R 0.5ml
 Lot # _____

Flu Mist>2
VFC
Private
 Lot# _____

Nurse: _____

Amount Paid _____