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.

DEPARTMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE TOOELE FORMULARIO DE

TEAR

**CONSENTIMIENTO/VISITA PARA LA VACUNA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | Grado: | Maestro: | La Escuela: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Direccion: | | | Ciudad: | | | | | Estado: | | | Codigo Postal: | |
| Celular: | Fecha de Nacimiento: | | | | | Edad: | | Raza: | | | Sexo: |
| Podemos Enviar un mensaje de texto? YES NO | | | Coreo Electonico: | | | | | | | | |
| 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:**

**Si No**

  Tengo alergia ssevera a alguna comida o medicaciones.

*   He tenido una reaccion seria a una vacuna en el pasado.

  Estoy en un tratamiento de aspirina, quimoterapia/radiacion.

  He sido paralizado por el Sindrome de Guillain-Barre.

  He redigido vacunas durante el mes pasado. Si es sí, que?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  He estado enfermo durante la semana pasada, estoy tomando antibioticos o medicamentos antivirales..

  Estoy Embarazado o He tenido alguna enferdad cronica como enferdad del Corazon, Enfermedad Pulmonar, Diabetes, Asma, Rinon, Enfermedad Hepatica,Anermia, 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 escueles, guarderias, los proveedores de salud y otros cuando sea medicamente 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 responsible de todos los cargos.**

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 Flu Mist>2**

Deltoid L R 0.5 ml VFC

Lateral thigh L R 0.5 Private

Lot # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lot#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nurse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Amount Paid \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_