

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

Nombre:		Grado:	Maestro:		La Escuela:	
Dirección:			Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono:		Fecha de Nacimiento:		Edad:	Raza:	Sexo:
Celular:	Podemos Enviar un mensaje de texto? Si o No			Correo Electronico:		
Seguro Medico:			#Identificación del miembro:		#de grupo:	
Nombre del asegurado:				Fecha de Nacimiento del asegurado:		
Nombre del Seguro secundario:			#Identificación 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 Síndrome 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 enfermedad cronica como enfermedad 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 8/07/15. 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 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 responsable de todos los cargos.

Firma del cliente/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si paga con tarjeta de crédito por favor llene a continuación:	
[ ] Visa [ ] Mastercard [ ] Discover [ ] American Express	
Card# _____	Exp. Date _____
Amount \$ _____	Signature _____

\*\*\*\*\* Space Below for Public Health Nursing Information Only \*\*\*\*\*

**SL VFC/Private preserve <3**  
IM lateral thigh L R 0.25ml  
Lot # \_\_\_\_\_

**SL VFC/Private >3**  
Deltoid L R 0.5 ml  
Lateral thigh L R 0.5 ml  
Lot # \_\_\_\_\_

**Flu Mist>2**  
VFC  
Private  
Lot# \_\_\_\_\_

Nurse: \_\_\_\_\_

Amount Paid \_\_\_\_\_