

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>	
☐	☐	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 antibióticos o medicamentos antivirales.
☐	☐	Estoy Embarazado o He tenido alguna enferdad cronica como enferdad del Corazon, Enfermedad Pulmonar, Diabetes, Asma, Rinon, Enfermedad Hepática, Anemia, 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 día 1/31/25. 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 _____	CCV# _____
Amount \$ _____	Signature _____	

*****Espacio debajo para información 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 _____