

TCHD FLU ENCOUNTER

Fecha De Servicio: _____ INS VFC MCD VFC UNINSURED

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sex: M/F

Dirreccion: _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Numero: _____ Celular: _____ Etnicidad: _____

Primer Seguro Medico: _____ ID/Policy #: _____

Segundo Seguro Medico: _____ ID/Policy #: _____

Completa para la persona recibiendo la vacuna:

- | SÍ | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estás enfermo hoy? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha tenido alergias a comidas o medicamentos. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha tenido una reacción grave a una vacuna(s) en el pasado? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Recibiendo terapia con aspirina o terapia quimioterapia/radiación. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha tenido debilidad muscular o parálisis causada por el síndrome de Guillain-Barré? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha recibido otras vacunas en las últimas cuatro semanas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estado enfermo(a) en la ultima semana, o recibiendo antibioticos o antivirales. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Esta embarazada, o tiene una enfermedad crónica como enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, diabetes, asma, enfermedad renal o hepática, anemia u otro trastorno sanguíneo. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Usted o alguien con quien vive tiene un sistema inmunológico debilitado? |

Me han entregado una copia y he leído, o me han explicado, la información contenida en la Declaración de información sobre la vacuna sobre la enfermedad y la vacuna. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito que me la administren a mí oa la persona por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Acepto que esta información se pueda compartir con escuelas, guarderías, proveedores de atención médica y otros cuando sea médicamente necesario. Se me ha entregado una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud del Condado de Tooele y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se utilizará mi información de salud pública. Entiendo que es mi responsabilidad saber qué cubre mi plan de seguro y acepto pagar la parte que no cubre mi seguro. Entiendo que si el Departamento de Salud del Condado de Tooele no tiene un contrato con mi compañía de seguros, o si mi compañía de seguros niega el pago, soy responsable de todos los cargos incurridos.

Cliente/Padres/Tutor Firma: _____ Fecha: _____

**** Espacio a continuación para información de enfermería de salud pública únicamente****

X	Vaccine	Lot #	Site	Price
	Influenza FluMist 2-49		T D L R	43
	Influenza Quadrivalent Flu 3+		T D L R	43
	Influenza High Dose 65+		T D L R	90
	COVID		T D L R	
	Twinrix		T D L R	133
	PPV 23, Pneumovax		T D L R	142
	PCV 15		T D L R	216
	Tdap, 7+		T D L R	69
	Shingrix		T D L R	208

Amount Paid \$ _____ Nurse: _____ Clerk: _____