

Preferencia de Padre NIEBLA INYECCION

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

TEAR



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

Nombre del Paciente:		Grado:	Maestro:		Escuela:
Direccion:		Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Celular:	Fecha de nacimiento:		Edad:	Raza:	Sexo:
¿Podemos enviarte un mensaje de texto? SI NO		Correo electrónica:			
Seguro Medico:			Identificación de 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:

Si No

- Tengo alergia severa a alguna comida o medicaciones.
- He tenido una reacción seria a una vacuna en el pasado.
- Estoy en tratamiento de aspirina, quimioterapia/radiación.
- He estado paralizado por el Síndrome de Guillain-Barre.
- He recibido vacunas durante el mes pasado. ¿Si es así, por favor nombre? _____
- He estado enfermo durante la semana pasada, estoy tomando antibióticos o medicamentos antivirales.
- Estoy embarazado o tenido alguna enfermedad crónica como enfermedad del corazón, enfermedad pulmonar, diabetes, asma, enfermedad de riñón, enfermedad hepática, anemia, problema de la sangre.

He recibido y revisado o me han explicado la información de la Declaración de Información de Vacunas para el gripe del día 8/6/21. He recibido una copia del Aviso de Prácticas 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 que esta información se puede compartir con las escuelas, guarderías, los proveedores de salud y otros cuando sea medicamento necesario. **Entiendo que es mi responsabilidad saber cuál es mi plan de seguro y lo 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 compañía de seguros, o mi compañía de seguros se niega a pagar yo soy responsable de todos los cargos. Por favor lee la carta que viene con este formulario.**

Firma del cliente/Tutor: _____ Fecha: _____

Opción de pago con tarjeta de crédito: [] Visa [] Mastercard [] Discover [] American Express	
Tarjeta # _____	Fecha de Exp. _____
Monto \$ _____	Firma _____

*****Espacio debajo para información de enfermeras de salud pública 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 _____