



## Departamento de Salud Pública del Suroeste de Utah Forma de Registración de la Gripe

Apellido del Paciente		Primer Nombre		Fecha de Nacimiento (mes/día/año)		Edad	
Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Nativo <input type="checkbox"/> Isleño del pacífico			Etnia <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano		Idioma		Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección				Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Teléfono		Mejor manera de contacto <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> E-mail		Correo electrónico			
Seguro Médico Primario			Numero de ID		Nombre del Suscriptor (nombre en la tarjeta)		
Fecha de Nacimiento del Suscriptor (mes/día/año)			Relación al Paciente		Dirección del Suscriptor		
¿Como recibió noticia de este acontecimiento?							
<b>Firme aquí</b>	<p>Yo certifico que la información que he dado es verdadera y correcta. Se me ha dado una copia y he leído, o se me ha explicado, la información contenida en las Hojas De Información Sobre Vacunas. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales han sido contestadas a mi satisfacción. Yo creo entender los beneficios y riesgos de la vacuna(s) y la petición de la vacuna indicada sea dada a la persona mencionada arriba por la cual yo estoy autorizada(o) para hacer este requisito. Yo estoy de acuerdo que esta información sea compartida con escuelas, centro de cuidado de niños, clínica de doctores y otros cuando sea médicamente necesario. <b>POR ESTE MEDIO YO LIBERO AL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA Y A SUS EMPLEADOS DE CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SUGIEREN DE TALES VACUNAS.</b></p> <p>ENTIENDO QUE LA FACTURACIÓN DEL SEGURO MÉDICO NO GARANTIZA EL PAGO Y QUE YO SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER SALDO SIN PAGO.</p> <p>Debemos informarle de las prácticas de privacidad por la información que hemos recibido y mantendremos de usted. Se me ha dado una copia de información de las prácticas de privacidad y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de cómo esta información puede ser usada.</p>						
	<p>→ <b>X Firma:</b> _____ <b>Nombre completo:</b> _____ <b>Fecha de hoy:</b> _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Relación al Paciente:</b> <input type="checkbox"/> <b>Sí mismo</b> (debe tener 18 años o más)    <input type="checkbox"/> <b>Padre/Madre</b>    <input type="checkbox"/> <b>Guardián legal</b>    <input type="checkbox"/> <b>Otro</b></p>						

Cuestionario de Vacunas	Si	No
La persona que se va a vacunar ¿Está enferma el día de hoy?		
La persona que se va a vacunar, ¿Tiene alergia a los huevos o a algún componente de la vacuna contra la influenza?		
La persona que se va a vacunar, ¿Tuvo en el pasado alguna reacción seria a la vacuna contra la influenza?		
La persona que se va a vacunar, ¿Ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barre?		
¿La persona que recibirá la vacuna esta embarazada?		

FOR OFFICE USE ONLY	
VFC: Medicaid    CHIP    No insurance    Am Ind/Ak Nat	Medicaid: State (FFS)    Molina    SHCC    HC    HU
<b>PRIVATE</b>	Aetna    Cigna    DMBA    Educators Mutual    Healthy Premier    MotivHealth PEHP    SelectHealth    Tall Tree    United Health    Medicare    Medicare HMO
<b>PAYMENT:</b> Amount Paid \$ _____ Payment Type: CC    Cash    Chk # _____ Clerk Initials: _____	

Date	Vaccine	Lot#	Dose	Site	Nurse
	Flu – inject.		0.5 mL	LD    RD	
			0.7 mL	LVL    RVL	