



Departamento de Salud Pública del Suroeste de Utah Forma de Registración de vacuna para la Gripe

Apellido del Paciente		Primer Nombre		Segundo Nombre		Fecha de Nacimiento (mes/día/año)		edad		Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			
Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Nativo			<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Alaskan Native			<input type="checkbox"/> Asiático			Etnia <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano			Contacto de emergencia (nombre, número de teléfono, relación)	
Dirección			Unidad		Ciudad				Estado		Codigo Postal		
Teléfono			<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajar			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?													

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 va a ser vacunada alguna vez se ha sentido mareada o desmayada antes, durante o después de una vacuna?			

Firme aquí	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.										
	POR LA PRESENTE LIBERO AL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DEL SUDOESTE DE UTAH Y A SUS EMPLEADOS, DE TODOS RECLAMOS QUE SURJAN DE TALES SERVICIOS. ENTIENDO QUE LA FACTURACIÓN DEL SEGURO MÉDICO NO GARANTIZA EL PAGO Y QUE SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER SALDO IMPAGO.										
	Estamos obligados a informarle sobre nuestras prácticas de privacidad para la información que recopilamos y conservamos sobre usted. Me han ofrecido una copia del documento de salud. Aviso de prácticas de privacidad del Departamento y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se puede utilizar mi información.										
→	X Firma _____ Escriba Nombre Completo _____ Fecha de hoy _____										
Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Sí mismo (debe tener 18 años o más) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Otro _____											

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

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