



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	Etnia <input type="checkbox"/> Asiático <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	