



Departamento de Salud Publica del Suroeste de Utah Forma de Registración de la Gripe

Apellido	Primer Nombre	Femenino	Fecha de nacimiento	Edad
		Masculino		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	
# de Teléfono (Casa)	# de Teléfono (Móvil)		Correo electrónico	
Hispano? Si No	Raza: Blanco Asiático Negro	Isla del Pacífico	Native American/Alaskan Native	
Otro _____				
¿Como recibió noticia de este acontecimiento?				

Please answer the following questions:

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

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y AVISO DE PRIVACIDAD

Yo certifico que la información que he dado es verdadera y exacta. Se me ha dado una copia y he leído o se me ha explicado la información que contiene y la importante información declarada o información de la vacuna acerca de la enfermedad. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas en el cual han sido contestadas a mi satisfacción. Yo creo y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna de la gripe y se indica que sea dada a la persona que esta nombrada arriba en el cual yo estoy autorizado/a de hacer este requisito. Yo estoy de acuerdo que esta información puede ser compartida con escuelas, centros de cuidado de niños, proveedores del cuidado de salud y otros del cuidado médico cuando sea necesario. Por este medio libero al Departamento de Salud Pública del Suroeste y a sus empleados de todo reclamo de vacunas.

Yo autorizo a los beneficios médicos de pagar al Departamento de Salud Pública del Suroeste de Utah o a su agente autorizado para dar autorización al SWUPHD o su agente de dar información a Medicaid a si como sea necesario para el reclamo. Yo entiendo que puedo estar obligado a pagar todo o parte de este cobro. Yo dare al SWUPHD cualquier cantidad que sea pagado directamente al asegurado por servicios proporcionados por el SWUPHD.

X _____ **Fecha** _____
Firma del paciente o padre/guardian legal

FOR OFFICE USE ONLY									
VFC:	Medicaid	CHIP	No insurance	Am Ind/Ak Nat	Medicaid:	State	Molina	SHCC	HC
Private:	PEHP	SelectHealth	Tall Tree	DMBA	United	Altius	Medicare	Medicare HMO	
Self Pay:	Amt _____	CC	Cash	Chk # _____					

Date	Vaccine	Lot#	Dose	Site	Nurse
	Flu – inject.		.5 mL .25 mL	LD RD LVL RVL	