



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

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Femenino	Fecha de nacimiento	Edad
Masculino					
Apellido de Soltera de la Madre			Nombre de la persona responsable de la casa <u>(Si el cliente es menor de edad)</u>		
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?					

Por favor conteste las siguientes preguntas:

- | | | |
|--|----|----|
| * 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 recibira 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.

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 como esta información puede ser usada.

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	HU	
Private:	Aetna	Cigna	DMBA	Educators Mutual	Healthy Premier	MotivHealth	PEHP	SelectHealth	Tall Tree	United Health	Medicare	Medicare HMO
Self Pay:	Amt _____	CC	Cash	Chk # _____								

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