

# DEPARTAMENTO DE SALÚD DEL CONDADO DE HARVEY - FLU REGISTRATION FORM

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE :

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Día de nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero De Segura Social (18 Años y más, sólo para uso interno): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Tele. De la casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Masculino  Femenino **Estado Civil:**  Soltero/a  Casado/a  Viudo/a

**Raza:**  Caucásico  Asiático  Negro  Am. Indio  Nativo de Hawaii/ Islas Pacíficas  Otro

**Etnicidad:**  Hispana  No-Hispana

## NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA PERSONA PRINCIPAL EN SU HOGAR:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Día de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero De Segura Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Tele. De la casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

## Para clientes de 18 años de edad y menor solo: Escoja uno debajo

- Seguro privado  KanCare  Medicaid  No seguro  La aseguransa no paga las vacunas  
 Los niños con servicios marginados son niños que están en la edad escolar y están inscribidos en el programa de almuerzo reducido o gratis (prueba debe ser presentada).

## El pago o los arreglos deben ser hechos antes la vacunación será dada. ¿Cómo planea usted pagar?

- Yo voy a pagar el pago completo por la gripa o para la pneumonia hoy. Dinero efectivo, cheque o tarjeta de credito. Haga el cheque al Departamento de Salud del Condado de Harvey.  
 Me gustaria aplicar al precio reducido. Las rentas brutas de mi familia son \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_. (Por favor use su Forma de IRS más reciente 1040 Ingreso bruto ajustado si archivara impuestos). Personas en su familia \_\_\_\_\_.  
 Mande la cuenta al seguro privado. La aseguransa debe ser presentada al tiempo de servicio. El Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_  
 Mande la cuenta a Medicare. La tarjeta necesita ser presentada al tiempo de servicio.  
 Mande la cuenta al KanCare y/o el Medicaid. La tarjeta debe ser presentada al tiempo de servicio.

## Lea por favor y verifique cada caja que aplica antes de firmar.

- He sido ofrecido la Declaración de Información de Vacunación (las Declaraciones). He leído o he tenido la información explicada a mí. Mis preguntas han sido contestadas de modo satisfactorio (contacta por favor el Departamento de la Salud en el número por encima). Comprendo los riesgos y los beneficios de vacuna viva de influenza de intranasal. Reconozco que ningunas garantías han sido hechas con respecto al éxito de la vacuna.  
 Solicito que las vacunas para ser dadas a la persona denominada arriba para quien soy autorizado a hacer esta petición.  
 Reconozco que me han ofrecido una copia de la Práctica de la Intimidad con la fecha de vigencia del 12 de Septiembre de 2013.  
 Autorizo la libertad de solo informacion médica o facturar necesaria para procesar reclamos para proveedores de seguro incluyendo Medicare o Medicaid.  
 Solicito el pago de beneficios de seguro al Departamento de Salud del Condado de Harvey.  
 Concuero en ser completamente responsable de cualquier co-paga, deducible o no cubrió los servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o Individuo Responsable

\_\_\_\_\_  
Parentesco al Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Por favor contestar todas las preguntas médicas atrás para el cliente recibir la vacuna.**

Por favor escoja el método que prefiere **Flu shot** **Flu mist**

¿Tiene usted cualquier alergia al alimento o la medicina?  Si  No  
 ¿Si es Sí a que? \_\_\_\_\_

=====

**PARA LA VACUNA DE LA GRIPA**, conteste por favor las preguntas siguientes?

- ¿El cliente ha tenido alguna vacuna en 30 días antes de hoy? NO SI
- ¿El cliente ha recibido la vacuna de la gripa? NO SI
- ¿El cliente ha tenido reacción a la vacuna de la gripa? NO SI
- ¿El cliente ha tenido síndrome de Guilliam-Barre? NO SI
- ¿El cliente Alergias a huevos, proteunas de huevos, gentamicina, gelatin, o aminoácidos ? NO SI
- ¿El cliente usted una alergia al látex? NO SI
- ¿EL cliente tiene Asma, corriente jadeo,(si entre 5) ,o jadeo active? NO SI
- ¿El cliente esta recibiendo aspirina o tratamiento contiendo aspirina (si entre18)? NO SI
- ¿Tiene el cliente lo siguiente:
  - Enfermedad del Riñón? NO SI
  - Enfermedad del Corazón? NO SI
  - Enfermedades Metabolicas (e.g. diabetic) ? NO SI
- ¿El cliente ha tenido alguna enfermedad que reduce la resistencia del cuerpo para infecciones? NO SI
- ¿El cliente esta tomado medicina de esteroides o quimoterapia? NO SI
- ¿El cliente ha tenido algun contacto con alguien que tiene su sistema imuno débil y que estar en un ambiente protegido? NO SI
- ¿El cliente esta Embarazada o Dando Pecho? NO SI

=====

**SI USTED TOMA LA VACUNA DE LA PULMONIA**, contesta por favor las preguntas siguientes.

- ¿Usted jamás ha recibido la vacuna de pulmonía? NO SI INSEGURO
- ¿Es usted 65 o más viejo? NO SI

=====

**FOR CLINICAL USE ONLY**

Clinic Identification: \_\_\_\_\_

Date Vaccinate: \_\_\_\_\_

**Intramuscular** (VIS 08/07/15) age 6m and over

Mfr.	Lot No.	Exp Date
Sanofi Pasteur		
Dosage	Route	Site
0.5mL 0.25mL	IM	LD RD

**Intradermal** (VIS 08/07/15) age 18y – 64y

Mfr.	Lot No.	Exp Date
Sanofi Pasteur		
Dosage	Route	Site
0.1mL	ID	LD RD

**Intranasal** (VIS 08/07/15) age 2y – 49y

Mfr.	Lot No.	Exp Date
MedImmune, Inc		
Dosage	Route	Site
0.2mL	Nasal	Nasal

**Pne** (VIS PPSV 04/24/15, PCV13 02/27/13)

Mfr.	Lot No.	Exp Date
Pfizer Merck		
Dosage	Route	Site
0.5 mL	IM	LD RD

08/24/15

\_\_\_\_\_  
Signature and Title of Vaccine Administrator

\_\_\_\_\_  
Date