HarveyCounty

HARVEY COUNTY HEALTH DEPARTMENT **INFLUENZA REGISTRATION FORM**

INFORMACION DEL CLIENTE: Apellido legal: _____ Nombre legal: _____MI: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social#: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____Estado:_____ Zona Postal:_____

Telefono: H (___)_____ Celular (___)_____Trabajo (___)_____

Escuela: _____

==========

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino **Estado Femenino:** ☐ Soltero ☐ Casado

Raza: ☐Caucásico ☐ Asiático ☐Negro ☐Am. Indio ☐Nativo de Hawaii/Islas Pacificas ☐ Otro

Etnicidad: ☐Hispanico ☐No-Hispanico

==========

INFORMACION DEL APDRE/GUARDIAN (si el cliente es monor de 18 años):

Si su niño esta dentro de la edad de 9 años y e esta poniendo la vacuna de la gripa por primera ves , van ha necesitar dos doces de la vacuna de la gripa separada por 4 semana.

Apellido: _____Nombre:_____ MI:____Fecha de Nacimiento _____

Direción: _____Ciudad: _____Estado:_____ Zona Postal:_____

Telefono: H (___)_____ Celular (___)_____Trabajo (___)_____

Seguro Social#_____ E-Mail:_____

==========

El pago o los arreglos deben ser hechos antes la vacunación será dada. ¿Cómo va ha pagar ?

Si no está presenatando un seguro, por favor contactenos al 316-283-1637 para discutir el pago de acuerdo a las vacunas elegidas .

☐ Yo voy ha pagar hoy la tarifa complete. Cheque o Efectivo. Haga el cheque al nombre de Harvey Co. Health Dept..
☐ Deseo aplicar al precio reducido. El ingreso bruto de mi Familia es _____ per _____. (Por favor use en ingreso bruto de su Forma del IRS 104 si usted hiso sus taxes) Numero de Personas en su familia: _____.
☐ Mande la cuenta a mi Seguro Privado. Tarjeta de Seguro//información debe ser presentada al tiempo de servicio.
Nombre del titular de la Póliza: _____ Fecha de nacimeto de esa persona: _____
Nombre del Seguro: _____ ID del Seguro:_____
☐ Mande la cuenta a KanCare /oMedicaid. Tarjeta de Seguro//información debe ser presentada al tiempo de servicio.
Nombre del niño como esta en la tarjeta: _____ Nombre del Seguro:_____
Numero de ID del Seguro: _____

==========

Lea y marque cada casilla que corresponda antes de firmar.

☐ Doy mi consentimiento para que la persona nombrada arriba reciba las vacunas solicitadas.
☐ Yo autorizo que las vacunas para la persona nombrada arriba se envien a su escuela a pedido
☐ Yo socito que se presente una copia de la (s) Declaración (es) de Información de vacunación al momento del sevicio.
☐ Yo solicito una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud que se presentará al momento del servicios.
☐ Yo colicito elpago de los beneficios del seguro al Departamento de Salud del Condado de Harvey.
☐ Yo autorizo el lanzamineto de solo la información médica o de facturación necesaria para procesar reclamaciones para proveedores de seguros, incluidos Medicare o Medicaid.
☐ Acepto ser totalmente responsible por cualquier servicio de copago, deducible o no cubierto..

_____ _____ _____

Firma de la Persona Responsible o Cliente Relació Fecha

Para que el cliente reciba cualquier vacuna, todas las preguntas en esta parte deben se respondida.

HarveyCounty

Para que el cliente reciba cualquier vacuna, toda esta preguntas debe ser respondida.

1. ¿El cliente tiene alguna alergia? SI NO

   Si es si , por favor liste las:_____

2. ¿ La persona a vacunar ha tenido alguna vez una reaccion a (vacuna)? SI NO
   Si es SI, por favor mecione; _____-

3. ¿ Ha recibido el cliente alguna vacuna dentro de los 30 dias anterior de hoy? SI NO

4. ¿Alguna vez el cliente recibió una vacuna contra la influenza (gripe)? SI NO

5. ¿Alguna vez el cliente ha tenido una reaction a vacuna de la gripe? SI NO
   Si es SI, por favor mecione:_____

6. ¿Alguna vez el cliente tuvo el síndrome de Guillain-Barre (una forma de parálisis)? SI NO

7. ¿El cliente tiene asma, sibilancias recurrentes o sibilancias activas? SI NO

8. ¿La persona a vacunar está enferma o tiene fiebre alta? SI NO

9. El cliente tiene cualquiera de los siguientes::
   a. ¿Enfermedad del riñon? SI NO
   b. ¿Enfermeda del corazón? SI NO
   c. ¿Enfermedad de la Sangre? SI NO
   d. ¿ Enfermedades metabólicas (por ejemplo diabetis? SI NO
   e. ¿Alguna enfermedad que disminuya la resistencia del cuerpo a las infeciones? SI NO

10. El cliente está tomando esteroides, medicamentos para el artritis, quimoterapia o recientemente completo un curso de esteroides ? SI NO

11. ¿Ha tenido la persona a vacunar convulsiones, y otras problema neurológico? SI NO

12. ¿El cliente tendrá contacto cercano con alguien que tenga un debilitado Sistema immune y require cuidado en un ambiente protector? SI NO

13. ¿ Está embarazada, amamantando o está pensando en quedarse embarazada entre 3 meses? SI NO

==========

FOR CLINIC USE ONLY

VACCINE	EXT	SITE	ROUTE	VIS DATE	DOSE	MANUFACTURER, LOT #, EXP DATE
Influenza	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	08/07/15		

_____ _____

Signature and Title of Vaccine Administrator Date