

Departamento de Salud de Tennessee
Formulario de Consentimiento de Vacunación contra la Influenza para Adultos y Documentación de Inmunización

POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

Escuela o Ubicación _____
Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial de Segundo Nombre _____
Sexo M F Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad Actual _____
Raza Blanco Negro Otro Etnicidad ¿Es Ud. Latino? Sí No
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Por favor marque SÍ o NO para TODAS las preguntas

Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que Ud. no deba recibir la inyección de inmunización contra la influenza o el spray nasal. El contestar "sí" a cualquier pregunta no previene que Ud. sea vacunado. Significa que se le harán preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, por favor pida a su proveedor de cuidados de salud que le explique.

1. ¿Alguna vez Ud. ha tenido una reacción grave a la inyección contra la gripe? Sí No
De ser "sí", por favor describa: _____
2. ¿Tiene alergias a los huevos, sulfato de gentamicina, gelatina, o arginina? Sí No
3. ¿Está enfermo hoy y con fiebre? Sí No
4. ¿Tiene un historial del Síndrome de Guillain-Barre? Sí No

SOLAMENTE PARA PACIENTES DE TENNCARE (El Departamento de Salud de Tennessee facturará a TennCare)

NOMBRE DEL PACIENTE(como aparece en la Tarjeta de TennCare) _____
NSS _____ **Núm. de TennCare ID#** _____ ¿Ud. tiene: **United Health Care**
 Blue Care/TennCare Select
 AmeriGroup

¿Ud. tiene seguro privado Y TennCare? Sí No De ser "sí", por favor proporcione información de la póliza privada al reverso de este formulario.

SOLAMENTE PARA PACIENTES DE MEDICARE (El Departamento de Salud de Tennessee facturará a Medicare)

NOMBRE DEL PACIENTE(como aparece en la Tarjeta de Medicare) _____
NÚMERO DE MEDICARE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE VIGENCIA:** _____

¿Tiene seguro privado Y Medicare? Sí No De ser "sí", por favor proporcione la información de la póliza privada al reverso de este formulario.

PACIENTES CON SEGURO PRIVADO (El Departamento de Salud de Tennessee facturará a su compañía de seguro)

NOMBRE DEL PACIENTE (como aparece en la tarjeta de seguro) _____
NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ **PARENTESCO CON EL PACIENTE:** _____
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEG.: _____ **NÚMERO DE LA PÓLIZA:** _____
NÚM DEL MIEMBRO: _____ **NÚMERO DEL GRUPO:** _____
DIRECCIÓN PARA RECLAMACIONES: _____

Se me ha dado una copia de la Declaración de Información sobre Vacunas y del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Documentación de Inmunización para Enfermería

ESTA ÁREA SOLAMENTE PARA USO OFICIAL

Fabricante: Sanofi Seqirus GSK Otro _____

Fecha de VIS: ____/____/____

Número de lote: _____

Punto de Administración: Deltoides Derecho Deltoides Izquierdo

Fecha de Administración: _____

Firma _____

La firma precedente indica que se suministró la inmunización según el Protocolo de PHN

Número del Proveedor: _____