

**HEALTH DEPARTMENT**
**Vacuna contra la gripe sin cargo**
**Por favor marque uno:**

- Seguro Privado: Solamente para inyección (FluMist no está disponible por limitaciones de subvenciones)  
 Medicaid  Non-Insurance  CHIP  American Indian/Alaska Native

**Preferencia Paternal:** Flu Mist  inyección 

Hay un número limitado de administraciones de Flu Mist.

 Si  No  Si Flu mist no está disponible, mi estudiante puede recibir una inyección.

Primer Nombre:		Apellido:		Segundo Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Race:		Etnicidad: Hispano/a o Latino/a No Hispano/a o Latino/a	
Dirección:			Apartamento:	Ciudad:	
Estado:	Código Postal:	Teléfono de Casa:		Teléfono de Celular/Móvil:	
Nombre de Padres:					

- Está usted bien de salud el día de hoy. **Sí o No**
- Ha recibido alguna vacuna en el último mes? **Sí o No** escribe: \_\_\_\_\_
- Ha tenido algún problema previo con vacunas/desmayos. **Sí o No**
- Ha tenido algún transfusión de sangre o recibió inmunoglobulina en los últimos 6 a 11 meses. **Sí o No**
- Tiene algún problema con su sistema inmunológico. **Sí o No**
- Mujeres > 9 años de edad y mayores, podría usted estar embarazada. **Sí o No**
- Tiene algún historial de varicela. **Sí o No**


**¡DETENER! USO ESCOLAR SOLAMENTE A CONTINUACIÓN**


✓	Vaccine	Lot #	Site #	CPT	ICD10	Dose	Route
	DTap (1-5) < 7 yrs			90700	Z23	0.5cc	IM
	Hepatitis A > 1 yr			90633	Z23	0.5cc	IM
	Hepatitis B (1-3) < 19 yrs			90744	Z23	0.5cc	IM
	9vHPV 11-26 yrs			90651	Z23	0.5cc	IM
	IPV (1-4+)			90713	Z23	0.5cc	IM/SQ
	Menig MCV4 ≥ 9 mo			90734	Z23	0.5cc	IM
	MMR > 1 yr			90707	Z23	0.5cc	SQ
	Td (1-3) > 7 yrs			90714	Z23	0.5cc	IM
	Tdap > 7 yrs (Adacel)			90715	Z23	0.5cc	IM
	Varicella > 1 yr			90716	Z23	0.5cc	SQ
	Pres Free Quad Flu ≥ 3 yrs			90686	Z23	0.5cc	IM
	Multi Dose Quad Flu > 3 yrs			90688	Z23	0.5cc	IM
	Flu Mist 2-49 yrs			90672	Z23	0.5cc	IN

**Provider Name:** \_\_\_\_\_

**Provider Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Office Use Only**
**Client PID Number:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Registered: Employee Name** \_\_\_\_\_

**Close Out: Employee Signature** \_\_\_\_\_

# Condiciones de Tratamiento

Por favor lea e ponga sus iniciales en cada artículo a continuación:

## \_\_\_\_\_ Consentimiento para Tratamiento

He recibido una copia y he leído, o me han explicado, la información contenida en la Declaración de Información de Vacuna(s) que he pedido o han sido recomendadas a mí, los riesgos, y acerca de la(s) enfermedad(es) que la(s) vacuna(s) protegé contra. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) indicadas en la Declaración de Información de Vacuna(s) indicado arriba sea dada a mí o a la persona para quien yo estoy autorizado para realizar esta solicitud. Certifico que estas declaraciones son ciertas y correctas.

## \_\_\_\_\_ Cobertura de Seguro Medico

*Aplica unicamente si se le esta mandando una fractura a Medicaid, Medicare, o otros seguros medicos contratados con el Departamento de Salud del Condado de Salt Lake.*

Entiendo que mi cobertura de seguro de salud puede tener ciertas restricciones y limitaciones. Estoy de acuerdo en pagar la cantidad completa de cualquier y todos los cargos relacionados, si no están cubiertos por mi seguro medico. Si fallo en pagar por estos servicios y cargos dentro de sesenta (60) días de recibir el aviso que los cargos no están cubiertos por alguna razón, mi cuenta será entregada a colecciones. En caso de que mi cuenta sea entregada a colecciones, estoy de acuerdo en pagar honorarios y gastos de colección que se apliquen. Solicito por este medio y autorizo al Departamento de Salud del Condado de Salt Lake presentar un reclamo a mi Medicaid, Medicare o otros seguros medicos contratados con el Departmaneto de Salud.

## \_\_\_\_\_ Derechos de Privacidad

He sido provisto y he tendio la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Salt Lake. Además, cualquier duda que tenía respecto a la póliza me han sido explicadas por el personal del Departamento de Salud. Además, entiendo que puedo pedir una copia de estas prácticas en un formato alternative razonable. Estoy de acuerdo que esta información puede ser compartida con proveedores de salud, personal de salud, personal de salud pública y otros profesionales de salud que tienen una necesidad legitima para acceder la información de vacunación para: verificar estatus de inmunización; auditorías; llevar a cabo estudios de salud pública; y ayudar a un paciente o para proteger la salud de individuos estrechamente relacionados con el paciente. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito al Departamento de Salud del Condado de Salt Lake. Esta versión de información será efectiva hasta que se cancele por escrito. Entiendo que una vez que mis datos se compratan con otra persona o agencia, puede perder las protecciones previstas por la regla de privacidad de HIPAA, y puede volver a ser revelada por el receptor.

Indique relación con la persona recibiendo el servicios:

- El(la) Mismo(a)     Padre/Madre     Hermano(a)     Abuelo(a)  
 Guardián     Otro: \_\_\_\_\_

Si menor de 18 años de edad:

Soy un:

- Menor embarazada     Menor Casado(a)     Adolescente sin hogar

Al firmar, usted indica que ha leído, entiende y esta de acuerdo con estos términos; que ha recibido una copia de este document; y que usted es el paciente, garante del paciente, el representante legal del paciente, o legalmente autorizado para firmar este acuerdo y aceptar estos términos.

Nombre del Paciente (por favor imprima): \_\_\_\_\_

Su Nombre (por favor imprima): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_