

1. Si su estudiante o miembro de familia tiene una de las siguientes opciones de seguro privado, puede recibir una INYECCIÓN CONTRA LA GRIPE. Marque la casilla correspondiente:

- Aetna United Health Care (NOT Student Resource) PEHP Cigna (NOT Student Resource) Select Health
 Blue Cross Blue Shield (NOT FocalPoint or Ind&Fam Plans) EMI (NOT Health EZ EMI Network Care)

2. Adjunte una copia de la tarjeta del seguro, anverso y reverso.

3. Complete el frente y el reverso de este formulario.

1. Si su estudiante o miembro de familia no tiene seguro privado, marque la casilla correspondiente:

- Medicaid Uninsured CHIP American Indian/Alaska Native

Su estudiante puede recibir una inyección contra la gripe o FluMist.

2. Por favor, elija uno: Inyección contra la gripe FluMist **Si FluMist no está disponible, mi estudiante puede recibir una inyección contra la gripe**

3. Complete el frente y el reverso de este formulario.

Primer Nombre:		Apellido:		Segundo Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Race:	Etnicidad: Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/> No Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/>		
Dirección:		Apartamento:	Ciudad:		
Estado:	Código Postal:	Teléfono de Casa:		Teléfono de Celular/Móvil:	
Póliza de seguro está bajo? Nombre:			Fecha de nacimiento del titular de la póliza:		

- ¿Te sientes bien hoy? **Si** o **No**
- ¿Ha recibido alguna vacuna en el último mes? **Si** o **No** Especifique: _____
- ¿Algún problema con vacunas anteriores o desmayos? **Si** o **No**
- ¿Ha tomado hemoderivados en el último año? **Si** o **No**
- ¿Está tomando terapia con aspirina? **Si** o **No**
- ¿Algún problema con su sistema inmunológico? **Si** o **No**
- Si es mujer y tiene más de 9 años, ¿podría estar embarazada? **Si** o **No** o **N/A**
- ¿Tiene algún historial de varicela? **Si** o **No**

USO ESCOLAR SOLAMENTE GRANT VACCINE YES NO

✓	Vaccine	Lot #	Site	CPT	ICD10	Dose	Route
	Pres Free Trivalent Flu			90656	Z23	0.5cc	IM
	Multi Dose Trivalent Flu			90658	Z23	0.5cc	IM
	Flu Mist 2-49 yrs.			90660	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 mi, los riesgos, y acerca de la(s) enfermedad(es) que la(s) vacuna(s) protégé 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 legítima 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: _____