



Clínica de Vacunas en la Escuela

Nombre del Estudiante: _____

Coloque sus **iniciales** abajo si desea que su hijo reciba la vacuna contra la influenza.

Vacuna contra la influenza _____

Puede visitar la pagina web www.immunize.org/vis para obtener información sobre la vacuna. Si no puede acceder a esta información, comuníquese con el Departamento de Salud del Condado de Barton para obtener una copia.

FORMULARIOS para completar:

Formulario de Verificación de Datos del Cliente: complete todas las secciones y luego firma/fecha en la parte de abajo.

Documentación de Vacunas/Formulario de Consentimiento: Complete el nombre del cliente, la fecha de nacimiento y **firme**. Complete las preguntas 1 a 12 de la sección del Cuestionario de evaluación de inmunizaciones.

Adjunte una copia de su tarjeta de seguro médico. Los gastos se facturarán al seguro, y se le enviará una factura si el seguro no cubre la totalidad de los costos.

Si su hijo no tiene seguro médico, por favor márkelo en el formulario

¿Preguntas? Comuníquese con Christie Rossouw del Departamento de

Salud de Condado de Barton al 620-793-1902

VERIFICACION DE DATOS DEL CLIENTE

CLIENTE #:			
Nombre Legal: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small; margin-top: -10px;"> <i>Escriba su Apellido</i> <i>Escriba su Primer Nombre</i> <i>Inicial del Segundo Nombre</i> </div>			
Nombre Preferido: _____			
Requiere Interpretar? ☐	Género: Femenino ☐ Masculino ☐ Fecha de Nacimiento: _____		
Raza: _____		Origen Etnico: _____	Edad: _____
Dirección: _____			
Calle/Ciudad/Código Postal: _____			
No. de Teléfono del Hogar o Celular: _____		No. de Teléfono del Trabajo: _____	
Correo Electrónico: _____			
Proveedor de atención primaria: _____			
Garante (Si es menor de 18 años)			
Nombre del Garante : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small; margin-top: -10px;"> <i>Escriba su Apellido</i> <i>Escriba su Primer Nombre</i> <i>Inicial del Segundo Nombre</i> </div>			
Dirección: _____		Relación con el cliente: _____	
Calle/Ciudad/Código Postal: _____			
No. de Teléfono del Hogar o Celular: _____		Fecha de Nacimiento: _____	
Teléfono del Trabajo: _____		Seguro Social: _____	
SEGURO MEDICO			
Nombre del asegurado: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small; margin-top: -10px;"> <i>Escriba su Apellido</i> <i>Escriba su Primer Nombre</i> </div>		Fecha de Nacimiento: _____ <div style="text-align: right; font-size: small; margin-top: -10px;"><i>Necesario</i></div>	
Compañía de seguros: _____		Seguro Social: _____	
# de Identificación de miembro: _____		Número de grupo: _____	
Dirección de la Aseguranza: _____		calle/ciudad/código postal: _____	
<p style="font-size: small;">*Reconozco que se me ha ofrecido la oportunidad de leer el Aviso de Privacidad Revisado del Departamento de Salud del Condado de Barton (HIPAA) efectivo a partir del 23 de septiembre de 2013. Estoy de acuerdo en que estoy buscando servicios voluntariamente sin coerción y verifico que no estoy obligado a participar en cualquier programa con el Departamento de Salud del Condado de Barton para recibir servicios. Entiendo que el BCHD participa en el programa Título X y que los menores pueden autorizar servicios de forma independiente. Estoy autorizando al Departamento de Salud del Condado de Barton a presentarles reclamos de reembolso en mi nombre y autorizo la divulgación de los registros necesarios para actuar sobre esta solicitud.</p>			
Firma: _____		Fecha: _____	

CLERICAL ONLY:
 NN: _____
 Charges: _____
 WebIZ: _____

BARTON COUNTY HEALTH DEPARTMENT
 1300 Kansas Ave – Great Bend KS 67530
 Phone: (620) 793-1902 Fax: (620) 793-1903

CLINICAL ONLY:
 NN: _____
 Charges: _____
 WebIZ: _____

07/2025

DOCUMENTACION DE LAS VACUNAS/FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO

Se me ha ofrecido una copia de la "Declaración sobre la información de las vacuna(s)" marcadas abajo. He leído o se me ha explicado la información en la "Declaración sobre la información de las vacuna(s)". Mis preguntas fueron contestadas a satisfacción y yo pido que las vacuna(s) marcadas abajo sean aplicadas a mi, o a la persona nombrada abajo por quien yo doy autorización. Doy mi consentimiento para incluir la información de mis vacunas y la de las personas nombradas abajo en el Registro de Vacunas de Kansas.

DT DTaP Tdap Td HepA HepB Hib HPV Influenza Meningococcal
MMR PCV13 PPV23 Polio/IPV Rotavirus Varicella Other _____

Firma de Paciente o de Padre/Guardian

Fecha

Información Del Paciente				
Apellido del paciente:		Nombre del paciente:		Número de teléfono:
Dirección:		Ciudad:	Condado:	Estado:
Etnicidad: Hispano o Latino ___ Si ___ No ___ Masculino ___ Femenino		___ Asiático/Isleño del pacífico ___ Negro o Africano Americano ___ Caucásico/Mejicano/Puertorriqueño ___ Chino ___ Filipino ___ Hawaiano ___ Indio Americano/Nativo ___ Japonés ___ Otro/Non-Blanco ___ Desconocido		
Médico Primario:		Dirección: Ciudad:	Estado:	Teléfono: Fax:
Elegibilidad del paciente: ___ T19-MED ___ No Tiene Seguro ___ Indio Americano ___ Insuficientemente Asegurados* ___ Insuficientemente Servidos** ___ T21-SCHIP ___ Enteramente Asegurados				

*Niños con seguro insuficiente: El seguro no cubre las vacunas. Elegibles a través del programa VFC si son vacunados en un FQHC, RHC o departamento de salud del condado.

**Niños sin seguro o sin cobertura médica: No son elegibles para VFC. Sólo pueden ser vacunados con vacunas de KIP (State) necesarias para ingresar a la escuela (K-12) en un departamento de salud del condado si están inscritos en el programa federal escolare gratuito o en el program de almuerzo a precio reducido.

CUESTIONARIO DE ANÁLISIS PARA VACUNACIÓN

1. ¿Está enferma en este momento o tiene fiebre alta la paciente que va a ser vacunada?	___ sí ___ no
2. ¿Tiene el paciente(a) alergias a medicamentos, comida, componentes de vacunas, o al látex?	___ sí ___ no
3. ¿Ha tenido el paciente(a) algún tipo de reacción seria a las vacunas en el pasado?	___ sí ___ no
4. ¿Ha tenido el paciente(a) problemas de salud de los pulmones, corazón, riñones o enfermedades metabólicas (como diabetes), asma, o enfermedades sanguíneas? ¿Está el paciente(a) en terapias de aspirina a largo plazo?	___ sí ___ no
5. Si el paciente(a) que va a ser vacunado tiene entre 2 a 4 años, ¿el doctor le ha dicho en los últimos 12 meses que el paciente tiene resollados o asma?	___ sí ___ no
6. Si su paciente(a) es un bebé, le han dicho en algún momento que su niño tiene intususcepción (es el deslizamiento de una parte del intestino dentro de otra)	___ sí ___ no
7. ¿Han tenido ataques epilépticos ya sea el paciente(a), un hermano(a), o los padres? ¿Ha tenido el niño(a) problemas en el cerebro o en el sistema nervioso?	___ sí ___ no
8. ¿Tiene el paciente(a) cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema en el sistema inmunológico?	___ sí ___ no
9. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el paciente(a) medicamentos que debiliten su sistema inmunológico tales como cortisona (cortisone), prednisona (prednison), otro tipo de esteroides, medicamentos contra el cáncer, o ha tenido tratamientos de radiación?	___ sí ___ no
10. En el último año, ¿ha recibido el paciente(a) transfusiones de sangre o productos de sangre, o ha recibido gama globulina (trata el sistema inmunológico) o medicina antiviral (para combatir infecciones de virus)?	___ sí ___ no
11. ¿Está el paciente o muchacha embarazada o habría alguna probabilidad que se embarazará en el próximo mes?	___ sí ___ no
12. ¿Ha recibido el paciente(a) alguna vacuna en las últimas cuatro semanas?	___ sí ___ no