

TWO RIVERS PUBLIC HEALTH DEPARTMENT FORMA DE CONSENTIMIENTO DE INFLUENZA

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE/MIEMBRO DEL PERSONAL

ESCUELA			GRADO	MAESTRO(A)	
APELLIDO		NOMBRE		MI (inicial del segundo nombre)	NOMBRE DE SOLTERA (SI ES APLICABLE)
FECHA DE NACIMIENTO --/--/----	EDAD	EL SEXO <small>Hombre - Mujer</small>	NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (NOMBRE Y APELLIDO)		TELÉFONO ()
DIRECCIÓN		CAJA DE P.O. (SI ES APLICABLE)	CIUDAD		ESTADO CODIGO POSTAL

INFORMACIÓN DE SEGURO

RELACIÓN DEL ESTUDIANTE/PERSONAL CON EL SUSCRIPTOR DE SEGURO <input type="checkbox"/> SÍ MISMO <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> OTRO				PROVEEDOR DE SEGURO <input type="checkbox"/> BLUE CROSS BLUE SHIELD (MUSTHAVEPHOTO/COPY OF CARD) <input type="checkbox"/> UNITED HEALTH CARE <input type="checkbox"/> MEDICAID: CIRCLE ONE <small>UHC NTC WELLCARE</small> <input type="checkbox"/> MEDICARE (SS# REQUIRED) <input type="checkbox"/> OTHER:	
NOMBRE DE SUSCRIPTOR (SI ES DIFERENTE QUE ARRIBA)		FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR --/--/----	# DE SEGURO SOCIAL		
DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE QUE ARRIBA)		CIUDAD	ESTADO CODIGO POSTAL		
PHOTO OF CARD (FRONT & BACK) <input type="checkbox"/> DRCHRONO <input type="checkbox"/> PHOTO COPY ATTACHED <input type="checkbox"/> STAFF DEVICE (DEVICE #) <input type="checkbox"/>					

CUESTIONARIO DE EXAMEN- Preguntas deben completarse antes de administrar la vacuna

	SI	NO	NO SE
¿TIENE ALERGIA A LOS HUEVOS O A UN COMPONENTE DE VACUNA?			
¿ALGUNA VEZ A TENIDO DIFICULTADES PARA RESPIRAR DESPUÉS DE RECIBIR UNA VACUNA?			
¿HA TENIDO UNA CONVULSION, TRASTORNO DEL CEREBRO/SISTEMA NERVIOSO O GUILLAIN-BARRE?			

DOY MI CONSENTIMIENTO para que **Two Rivers Public Health Department** y su personal vacunen la persona en esta forma. He leído o me han explicado la Declaración de Información Sobre Vacunas y comprendo los riesgos y beneficios. Otorgo permiso a Two Rivers Public Health Department para liberar cualquier información pertinente a pedido a la compañía de seguro mencionada arriba y a cualquier medico a quien pueda ser referido. Entiendo que si mi hijo(a) no coopera o es resistente, Two Rivers Public Health Department me notificará si NO se pudo administrar la vacuna.

_____/_____/_____
 Firma Autorizada (cliente, si tiene 19 años o más, o padre/guardián legal) Día de hoy: (mes/día/año)

	FORM	AGE	MAN/LOT/EXP	SITE	NURSE/DATE
Sanofi	Fluzone PREFILLED	6mo+		LA RA	
	Fluzone HD	65+		LA RA	
				LA RA	
GSK	FluLaval PFS	6mo+		LA RA	
				LA RA	
				LA RA	
VFC				LA RA	
				LA RA	
Seqirus	Fluad HD	65+		LA RA	

TRPHD STAFF ONLY - VACCINE RECIPIENT'S TEMPERATURE TODAY: _____
 Dr. Chrono ___/___ NESIS ___/___ Billed ___/___/___ Paid Cash/Donation _____