South Central Public Health District
Prevent. Promote. Protect.

Twin Falls – 208.737.5980
Heyburn – 208.678.8221
Jerome – 208.324.8838
Gooding – 208.934.4477
Bellevue – 208.788.4335

FORMULARIO DE REGISTRO DE VACUNAS CONTRA LA INFLUENZA (GRIPE) – POR FAVOR IMPRIMA

Apellido del Paciente	Primer Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	□ Masculino □ Femenina
Direcsion	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Nombre del Padre/Tutor	Fecha de Nacimiento del Padre/Tutor	Numero de Telefono	
¿El Paciente tiene Seguro Médico? □ SI □ NO	Nombre de la Compania de Seguro Medico	Numero de Identificacion	

Raza: □ Blanco □ Negra o Afroamericana □ India Americana o Nativa de Alaska □ Asiático / Asiática □ Nativa Hawaiana U otra Isleña del Pacifico □ Otro □ Rechaso Espicifcar	**Origen Étnico:** □ No Hispano □ Hispano/Latino □ Otro □ Rechaso Espicifar	**NOTA: Sin la información del Seguro Médico, se le cobrara directamente por sus vacunas. Si no tiene Seguro Médico, Comuníquese con nuestra oficina. Para Tricare, use el número de beneficio que se encuentra atrás de la tarjeta.** Alos niños menores de 18 Años no se les negaran las vacunas por falta de pagar.

Para Padres y tutores: Las siguientes preguntas nos ayudaran a determinar que vacunas se le pueden administrar hoy. Si responde "SI" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que no deba vacunarse. Simplemente significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a un miembro del personal que se la explique.

		SI	NO	N/A
1.	¿La persona que se va a vacunar está enferma hoy?	□	□	□
2.	¿La persona que se va a vacunar es alérgica a uno de los ingredientes de la vacuna contra la influenza?	□	□	□
3.	¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave a la vacuna contra la influenza?	□	□	□
4.	¿La persona que se va a vacunar es menor de 2 años o mayor de 49 años?	□	□	□
5.	¿La persona que se va a vacunar tiene un problema de salud a largo plazo de enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones (incluido el asma), enfermedad de los riñones, enfermedad neurológica, enfermedad del hígado o enfermedad del metabolismo (p. ej., diabetes)?	□	□	□
6.	Si la persona que se va a vacunar es un niño de 2 a 4 años de edad, en los últimos 12 meses, ¿algún proveedor de atención médica le dijo que el niño tenía sibilancia o asma?	□	□	□
7.	¿La persona que se va a vacunar tiene a) un canal abierto entre el líquido cefalorraquídeo (LCR) y la boca, la garganta, la nariz o el oído o cualquier otra filtración craneal de LCR, o b) un implante coclear, o c) una afección inmunosupresora por cualquier causa (p. ej., medicamentos, inmunodeficiencia congénita o adquirida, infección por VIH o bazo ausente o no funcional [p. ej., a causa de anemia de células falciformes])?	□	□	□
8.	¿La persona que se va a vacunar está tomando actualmente medicamentos antivirales contra la influenza o los ha tomado durante las últimas 3 semanas?	□	□	□
9.	¿La persona que se va a vacunar es un niño o un adolescente de 6 meses a 17 años de edad y recibe terapia con aspirina o un medicamento con salicilatos?	□	□	□
10.	¿La persona que se va a vacunar está embarazada o podría quedar embarazada el próximo mes?	□	□	□
11.	¿La persona que se va a vacunar alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré?	□	□	□
12.	¿La persona que se va a vacunar vive o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunitario está gravemente comprometido y que tiene que estar en aislamiento protector (p. ej., una sala de aislamiento de una unidad de trasplante de médula ósea)?	□	□	□

SIGN CONSENT on next page →

13. ¿La persona que se va a vacunar recibió alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas? ☐ ☐ ☐

CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS MEDICOS

- Me han ofrecido copias (electrónicas y/o imprimidas) de las declaraciones de información sobre vacunas (VIS) para todas las vacunas que se administran hoy.

Vacuna Atenuada contra la Influenza, viva, intranasal (2 años a 49 años)
https://www.immunize.org/vis/spanish_flu_live.pdf

Vacuna contra la Influenza Inactivada (6 meses y mas)
https://www.immunize.org/vis/spanish_flu_inactive.pdf

- Entiendo los beneficio, riesgos o posibles efectos secundarios de las vacunas.
- Entiendo que todos los registros de vacunación se ingresaran en el registro IRIS (Sistema de Información de Recordatorio de Vacunación) de Idaho. La participación en el registro de vacunación es voluntaria. Para eliminar sus registros de IRIS, debe comunicarse con el Programa de Inmunización de Idaho. https://healthandwelfare.idaho.gov/services-programs/children-families/about-immunizations
- Entiendo que las vacunas no son obligatorias. Según código IC 39-4802, los padres pueden presentar exenciones para las vacunas en lugar de los registros de vacunas al distrito escolar en el que están o en el que desean inscribirse.
- Me han ofrecido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad SCHPD.
- Doy mi consentimiento para recibir las vacunas proporcionadas por SCHPD para mi o para el niño de quien soy el padre o tutor legal.

CONSENTIMIENTO FINANCIERO

- SCPHD (Departamento de Salud Pública Sur Central) facturara a su compañía de seguro médico por usted, y el pago puede llegar directamente a SCPHD.
- Es posible que SCPHD (Departamento de Salud Pública Sur Central) no se considere un proveedor dentro de la red y, por lo tanto, no se puede garantizar la cobertura de su compañía de seguro médico.
- Ya sea que su compania de seguro médico pague o no, el saldo de su cuenta será su responsabilidad.
- Algunas, o quizás todos, los servicios proporcionados pueden ser servicios no cubiertos.
- La confidencialidad no se puede garantizar con la facturación del seguro médico. Su compania de seguro médico puede enviar información al titular de la póliza de seguro (que puede ser su padre, tutor o cónyuge).

He leído los Consentimientos de Servicios Médicos y Financiero. Entiendo y acepto esta póliza. También entiendo que seré responsable del pago de todos los servicios. Autorizo la divulgación de información médica necesaria para procesar reclamos médicos y autorizo el pago de beneficios a SCPHD (Departamento de Salud Pública Sur Central).

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE OFICINA

Vaccine	Site	Lot #	Vaccine	Site	Lot #

Nurse Signature: _____ Date: _____

CSR Name:

School/Location: