



HARVEY COUNTY HEALTH DEPARTMENT

FORMULARIO DE REGISTRO DE INFLUENZA

INFORMACIÓN DEL CLIENTE: Apellido legal: Nombre legal: Inicial del nombre segundo: Fecha de nacimiento: Seguro Social#: Dirección: Ciudad: Estado: Zona Postal: Teléfono: H Celular Trabajo Escuela:

Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: Soltero Casado Raza: Caucásico Asiático Negro Indio Americano Nativo de Hawái/Islas Pacificas Otro Etnicidad: Hispano No Hispano

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIAN (si el cliente es menor de 18 años):

Apellido: Nombre: MI: Fecha de Nacimiento Dirección: Ciudad: Estado: Zona Postal: Teléfono: H Celular Trabajo Seguro Social# E-Mail:

El pago o los arreglos deben ser hechos antes de que la vacuna sea administrada. ¿Cómo va a pagar?

Si no está presentando un seguro médico, por favor llame al 316-283-1637 para discutir el pago de acuerdo con las vacunas elegidas.

- Yo voy a pagar hoy la tarifa complete. Cheque o Efectivo. Haga el cheque a nombre de Harvey Co. Health Dept.
Deseo aplicar al precio reducido. El ingreso bruto de mi Familia es por. (Por favor use en ingreso bruto de su Forma del IRS 104 si usted hizo sus impuestos) Número de Personas en su familia:
Mande la cuenta a mi Seguro Médico Privado. Tarjeta de Seguro/información debe ser presentada al tiempo de servicio.
Nombre del titular de la Póliza: Fecha de nacimiento de esa persona:
Nombre del Seguro: ID del Seguro:
Mande la cuenta a KanCare /oMedicaid. Tarjeta de Seguro/información debe ser presentada al tiempo de servicio.
Nombre del niño como esta en la tarjeta: Nombre del Seguro Medico:
Numero de ID del Seguro Médico:

Lea y marque cada casilla que corresponda antes de firmar.

- Doy mi consentimiento para que la persona nombrada arriba reciba las vacunas solicitadas.
Autorizo que las vacunas para la persona nombrada arriba se envíen a su escuela ha pedido
Solicito que se presente una copia de la (s) Declaración (es) de Información de vacunación al momento del servicio.
Solicito una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud que se presentará al momento del servicio.
Solicito el pago de los beneficios del seguro al Departamento de Salud del Condado de Harvey.
Autorizo el lanzamiento de solo la información médica o de facturación necesaria para procesar reclamaciones para proveedores de seguros, incluidos Medicare o Medicaid.
Acepto ser totalmente responsable de cualquier servicio de copago, deducible o no cubierto...

Firma de la Persona Responsable o Cliente

Relación

Fecha

VEA EL OTRO LADO

**Para que el cliente reciba cualquier vacuna, todas estas preguntas deben ser respondidas.**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿El cliente tiene alguna alergia?  | SI | NO |
| Si respondió si, por favor listarlos: _____   |    |    |
| 2. ¿La persona a vacunar ha tenido alguna vez una reacción a (vacuna)?  | SI | NO |
| Si respondió si, por favor describa; _____ -  |    |    |
| 3. ¿Ha recibido el cliente alguna vacuna dentro de los 30 días anteriores de hoy?   | SI | NO |
| 4. ¿Alguna vez el cliente recibió una vacuna contra la influenza (gripe)?   | SI | NO |
| 5. ¿Alguna vez el cliente ha tenido una reacción a la vacuna de la gripe?   | SI | NO |
| Si respondió si, por favor describa: _____  |    |    |
| 6. ¿Alguna vez el cliente tuvo el síndrome de Guillain-Barre (una forma de parálisis)?  | SI | NO |
| 7. ¿El cliente tiene asma, sibilancias recurrentes o sibilancias activas?   | SI | NO |
| 8. ¿La persona a vacunar está enferma o tiene fiebre alta?  | SI | NO |
| 9. El cliente tiene cualquiera de los siguientes:   |    |    |
| a. ¿Enfermedad del riñón?   | SI | NO |
| b. ¿Enfermedad del corazón?   | SI | NO |
| c. ¿Enfermedad de la Sangre?  | SI | NO |
| d. ¿Enfermedades metabólicas (¿por ejemplo, diabetes?   | SI | NO |
| e. ¿Alguna enfermedad que disminuya la resistencia del cuerpo a las infecciones?  | SI | NO |
| 10. ¿El cliente está tomando esteroides, medicamentos para la artritis, quimioterapia o recientemente completo un curso de esteroides?  | SI | NO |
| 11. ¿Ha tenido la persona a vacunar convulsiones, y otro problema neurológico?  | SI | NO |
| 12. ¿El cliente tendrá contacto cercano con alguien que tenga un debilitado sistema inmune y requiere cuidado en un ambiente protector? | SI | NO |
| 13. ¿Está embarazada, amamantando o está pensando en quedarse embarazada entre 3 meses?   | SI | NO |

=====