

FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE DOS RIOS

INFORMACIÓN PERSONAL

ESCUELA			CIUDAD		
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DE SU SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DE SOLTERO(A) (SI ES APLICABLE)
FECHA DE NACIMIENTO __/__/----	EDAD	EL SEXO M F	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 MEDICO

RELACIÓN DEL NIÑO(A)/CON EL SUSCRIPTOR DEL SEGURO MEDICO <input type="checkbox"/> SÍ MISMO <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> OTRO				INSURANCE PROVIDER	
NOMBRE DE SUSCRIPTOR (SI ES DIFERENTE QUE ARRIBA)		FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR __/__/----	# DE SEGURO SOCIAL		<input type="checkbox"/> BLUE CROSS BLUE SHIELD <input type="checkbox"/> UNITED HEALTH CARE <input type="checkbox"/> MEDICAID: CIRCLE ONE <i>UHC NTC HEALTHY BLUE</i> <input type="checkbox"/> MEDICARE (SS# REQUIRED) <input type="checkbox"/> No Tengo Seguro Medico <input type="checkbox"/> OTRO: _____
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
FOTO DE LA TARJETA (ADELANTE/ATRAS) <input type="checkbox"/> FOTO COPIA ATADA					

CUESTIONARIO DE LA INFLUENZA: Las Preguntas deben de completarse antes de administrar la vacuna

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

DOY MI CONSENTIMIENTO para que el departamento de salud de dos rios 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 al departamento de salud de dos rios 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, el departamento de salud de dos rios me notificará si NO se pudo administrar la vacuna.

Firma Autorizada (cliente, si tiene 19 años o más, o padre/guardián legal) _____ Fecha: (month/day/year) ____/____/____

VACCINE MANUFACTUER	LOT/EXP	DOSE	SITE	NURSE/DATE
FLULAVAL-90686 GSK		<input type="radio"/> 1-90471	LA RA	
		<input type="radio"/> 2-90471	LA RA	
			LA RA	

TEMPERATURE: _____ NESIIS: ____/____/____ BILLED: ____/____/____
 Paid Cash/Donation _____