



POLK COUNTY HEALTH DEPARTMENT CONSENTIMIENTO DE INFLUENZA

CLINIC SITE: _____

CLERK INITIALS: _____

Sección A:

Primer Nombre: _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento: __/__/____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de telefono:() _____ Edad: _____ Genero: Masculino _____ Femenino _____

Sección B:

- 1. Tiene alguna enfermedad cronica como: problemas del corazón, pulmones (Asma), riñones, diabetes, anemia? **SI NO**
- 2. Tiene alergia a los huevos ó al timerosal (preservativos usados en vacunas que contengan Mercurio)? **SI NO**
- 3. Alguna vez a tenido una reaccion alergica despues de una vacuna (dificultad al respirar, sarpullido en su piel, etc)? **SI NO**
- 4. Alguna vez a tenido el sindrome de Guillian Barre? **SI NO**
- 5. Se siente enfermo el dia de hoy o con temperatura de 100.1 grados o mas? **SI NO**

Completar solamente para Flu-Mist (spray nasal) edad de 2-49 años

Sección C:

- 1. Tiene algun problema de salud del corazón, de los pulmones (Asma), riñones, diabetes, anemia? **SI NO**
- 2. Esta su sistema inmune debilitado por el VIH/SIDA u otros trastornos o tratamientos como esteroides o de cancer? **SI NO**
- 3. Vive ó tiene contacto con alguien que tiene el sistema inmunológico debilitado que requieren cuidados en un entorno de protección? **SI NO**
- 4. Usted es menor de 17 años y esta tomando salicilatos (aspirina)? **SI NO**
- 5. A recibido alguna vacuna de virus vivo en las ultimas 4 semanas? **SI NO**
(varicela, sarampión, paperas , rubeola, herpes zoster, fiebre amarilla)
- 6. Usted esta embarazada o podria estar embarazada en el siguiente mes? **SI NO**

Informacion de aseguranza medica

Sección D

- 1. Tiene aseguranza medica? **SI NO**

Si marco **SI** escriba el nombre de la aseguranza _____ (no aceptamos la aseguranza COVENTRY)

nosotros vamos a cobrarle a su a su aseguranza . Si tiene un co-pago, se le mandara en una factura aparte.

Si eres mayor de 19 años y no tiene aseguranza, el costo es de 20dls. si no puedes dejar el costo completo, cualquier cantidad se le agrade!

Cantidad que gusta pagar: _____

Menores de 18 años

Sección E

- 1. Su aseguranza cubre vacunas? **SI NO**
- 2. El niño/a es nativo americano/ nativo de alaska? **SI NO**
- 3. El niño/a tiene aseguranza? **SI NO**

Si usted contesto "SI" alguna de las preguntas de arriba, el costo sera de \$19dls. Si no puede pagar, cualquier cantidad se le agrade!!

Cantidad que gusta pagar: _____

- 4. Su edad es de 6 meses a 18 años de edad y tiene medicaid? **SI NO**

Si respondio "Si" nosotros le cobraremos a Medicaid por la adiministracion de la vacuna.

Reconosco haber recibido el "Aviso de practicas de privacidad de información de salud " He recibido y he tenido la oportunidad de leer la hoja de información para la vacunación contra la gripe y tener la oportunidad de hacer preguntas . Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación. Yo autorizo a los proveedores de atención médica del Departamento de salud del condado de Polk. Entiendo que si el seguro medico no cubre los servicios que recibiré ,me mandaran una factura por estos servicios.

Firma _____

Fecha _____