

FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE DOS RIOS

INFORMACIÓN PERSONAL

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
Raza: Blanco - Negro o afroamericano - Asiático - Indio americano o nativo de Alaska - Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico – Otro Origen Étnico: Sí, hispano/latino/español - No, no hispano/latino/español							

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO

RELACIÓN DEL NIÑO(A)/CON EL SUSCRIPTOR DEL SEGURO MEDICO ☐ SÍ MISMO ☐ ESPOSO(A) ☐ HIJO(A) ☐ OTRO				PROVEEDOR DE SEGURO			
NOMBRE DE SUSCRIPTOR (SI ES DIFERENTE QUE ARRIBA)		FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR __/__/____		# DE SEGURO SOCIAL		☐ Blue Cross Blue Shield ☐ United Health Care ☐ Medicaid (Circle One) ☐ UHC Comm Plan NTC Molina ☐ Medicare ☐ Otro: _____ ☐ No Tengo Seguro Medico	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO		CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL		
FOTO DE LA TARJETA (ADELANTE/ATRAS) ☐ 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.

X

Firma Autorizada (cliente, si tiene 19 años o más, o padre/guardián legal)

FECHA (mes/día/año)

VACCINE MANUFACTURER	AGE	LOT/EXP	VFC/PVT	ADMIN CODE	SITE	NURSE/DATE
COMIRNATY mRNA 91320 (Gray) 12+				90480	LA RA	
PFIZER BioNTech 91319 (Blue) 5-11				90480	LA RA	
Flulaval (Reg 6m-64y) GSK 90686				1-90471	LA RA	
Flucelvax (Reg 6m-64y) Sequris 90686				1-90471	LA RA	
Fluad (High Dose 65+) Seqiris 90694				1-90471	LA RA	
Home Visit				M0201		
					LA RA	
					LA RA	
					LA RA	

Temp _____ BP _____ HR _____ O2 _____

VIS Given _____ VIS Published _____ Pt Rights & Responsibilities _____

NESIIS _____ Billed _____ Paid Cash/Donation _____

