

Departamento de Salud Pública del Condado de Henderson  
**Formulario de consentimiento para la  
 vacuna contra la gripa**

1. Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Hombre  Mujer Ethnicidad:  Hispano  No Hispano  
 Raza:  Africano Am  Am Nativo/Nativo Alaskeño  Asiano  Nativo de Hawái/ Islas de Pacifico  Blanco  Otra

Dirección de Correo:  
 Calle/Apartado Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_

2. Aseguranza Primaria; favor de incluir una copia de la tarjeta; si no, llene la siguiente parte:  
 Medicaid  Health Choice  Private Insurance OR  Sin aseguranza

➡  Copia de tarjeta de seguro adjunta o completar la siguiente parte:

Nombre del suscriptor/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Número de póliza \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_  
 Número del niño/a \_\_\_\_\_ Ver ejemplo



Subscriber Name: JOHN DOE	01
Subscriber ID: YPPW123456789	
Members: JANE	02
SAM	03

3. A. ¿Una vez tuvo una reacción severa a alguna vacuna?  Sí  No  
 B. ¿Tienen alergias? Explique: \_\_\_\_\_  Sí  No  
 C. ¿Una vez has tenido la enfermedad Guillain-Barré?  Sí  No  
 D. ¿Has estado enferma o tenido fiebre?  Sí  No

4. **Consentimiento para el Uso de Información de Salud Protegido y Reclamaciones de Cesión:** Tengo acceso a la Noticia de privacidad y doy permiso por la presente autorización para el uso y divulgación de información de salud personal de mi con el fin de las operaciones de cuidado de la salud, junto con la asignación de todos los pagos de la aseguranza que aparece arriba para el Departamento de Salud Pública del Condado de Henderson.

**Atorización de vacunación:** He recibido la declaración de información de vacunas (VIS) para la vacuna contra la gripa y tuve la oportunidad de revisarla y hacer preguntas relevantes a ella. Me contestaron mis preguntas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de esta vacuna y autorizo la administración de la vacuna contra la gripa a mi o a mi hijo/a, por quien yo soy responsable.

➡ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Office Use Only:</b>	
<input type="checkbox"/> STATE Eligible	Route/Site: _____
<input type="checkbox"/> PRIVATE Eligible	Date: _____
DATE of Flu VIS: <u>8/6/21</u>	
<input type="checkbox"/> NCIR Entered	
Vaccine: _____	Nurse Administering: _____
Lot Number: _____	