|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE/MIEMBRO DEL PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESCUELA | | | | | GRADO | | | MAESTRO(A) | | | | | | | |
| APELLIDO | | | | NOMBRE | | | MI (inicial del segundo nombre) | | | NOMBRE DE SOLTERA (SI ES APLICABLE) | | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO  \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ | EDAD | EL SEXO  Hombre - Mujer | | NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (NOMBRE Y APELLIDO) | | | | | | TELÉFONO  ( ) | | | | | |
| DIRECCIÓN | | | CAJA DE P.O. (SI ES APLICABLE) | | | CIUDAD | | | | | | ESTADO | | CODIGO POSTAL | |
| **INFORMACÍON DE SEGURO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| RELACÍON DEL ESTUDIANTE/PERSONAL CON EL SUSCRIPTOR DE SEGURO □ SÍ MISMO □ ESPOSO(A) □ HIJO(A) □ OTRO | | | | | | | | | | | PROVEEDOR DE SEGURO   * BLUE CROSS BLUE SHIELD (MUSTHAVEPHOTO/COPY OF CARD) * UNITED HEALTH CARE * MEDICAID: **CIRCLE ONE**   *UHC NTC WELLCARE*   * MEDICARE (SS# REQUIRED) * OTHER: \_ | | | | |
| NOMBRE DE SUSCRIPTOR (SI ES DIFERENTE QUE ARRIBA) | | | | FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR  \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ | | | # DE SEGURO SOCIAL | | | |
| DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE QUE ARRIBA) | | | | CIUDAD | | ESTADO | | | CODIGO POSTAL | |
| PHOTO OF CARD (FRONT & BACK) □ DRCHRONO □ PHOTO COPY ATTACHED □ STAFF DEVICE (DEVICE # ) | | | | | | | | | | |
| **CUESTIONARIO DE EXAMEN- Preguntas deben completarse antes de administrar la vacuna** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | **SI** | | **NO** | | **NO SE** |
| ¿TIENE ALERGIA A LOS HUEVOS O A UN COMPONENTE DE VACUNA? | | | | | | | | | | |  | |  | |  |
| ¿ALGUNA VEZ A TENIDO DIFICULTADES PARA RESPIRAR DESPUÉS DE RECIBIR UNA VACUNA? | | | | | | | | | | |  | |  | |  |
| ¿HA TENIDO UNA CONVULSION, TRASTORNO DEL CEREBRO/SISTEMA NERVIOSO O GUILLAIN-BARRE? | | | | | | | | | | |  | |  | |  |

**TWO RIVERS PUBLIC HEALTH DEPARMENT FORMA DE CONSENTIMIENTO DE INFLUENZA**



**DOY MI CONSENTIMIENTO** para que **Two Rivers Public Health Department** 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 a Two Rivers Public Health Department para liberar cualquier información pertinente a pedido a la compañia de seguro mencionada arriba y a cualquier medico a quien pueda ser referido. Entiendo que si mi hijo(a) no coopera o es resistente, Two Rivers Public Health Department me notificará si NO se pudo administer la vacuna.

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

Día de hoy: *(mes/día/año)*

**\*\*El niño no será visto sin un formulario completo, la firma de los padres y una copia del seguro.\*\***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINE** | **FORM** | **AGE** | **MAN/LOT/EXP** | **SITE** | **NURSE/DATE** |
| Sanofi | Fluzone PREFILLED | 6mo+ |  | LA RA |  |
| Fluzone HD | 65+ |  | LA RA |  |
|  |  |  | LA RA |  |
| GSK | FluLaval PFS | 6mo+ |  | LA RA |  |
|  |  |  | LA RA |  |
|  |  |  | LA RA |  |
| VFC  Seqirus |  |  |  | LA RA |  |
|  |  |  | LA RA |  |
| FLuad HD | 65+ |  | LA RA |  |

TRPHD STAFF ONLY - VACCINE RECIPIENT'S TEMPERATURE TODAY:

Dr. Chrono / NESIIS / Billed / Paid Cash/Donation \_\_\_\_\_\_