|  |
| --- |
| **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 SEXOHombre - 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 |  |
| VFCSeqirus |  |  |  |  LA RA |  |
|  |  |  |  LA RA |  |
| FLuad HD | 65+ |  |  LA RA |  |

TRPHD STAFF ONLY - VACCINE RECIPIENT'S TEMPERATURE TODAY:

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