



Sistema de Salud Comunitario de Cozad - Formulario de Vacunación y Admisión contra la Influenza Escolar

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____ Edad: _____ Sexo al nacer: ☐ M ☐ F
Seguro Social #: _____ Apellido de soltera de la madre: _____
Dirección: _____ Apartado postal (si corresponde): _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: (____) _____ Correo electrónico: _____
Idioma principal _____ altura _____ peso _____

☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Asiático ☐ Indio americano/nativo ☐ de Alaska ☐ Nativo de Hawái/Islas
☐ del Pacífico ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino ☐ Negarse a responder

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Relación con el suscriptor: ☐ Cónyuge Hijo ☐ ☐ ☐ Otro: _____
Proveedor de seguros: ☐ Blue Cross Blue Shield ☐ United HealthCare ☐ Medicaid (marque uno: UHC / NTC
/ Molina) ☐ Medicare ☐ Sin seguro ☐ Otro: _____
Nombre del suscriptor (si es diferente): _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: ____ / ____ / _____ SS# del suscriptor: _____
ID de miembro #: _____ ID de grupo #: _____
Empleador: _____
☐ Copia de la tarjeta de seguro (anverso y reverso) adjunta

DETALLES DE ADMISIÓN

Si el paciente es menor de edad (menor de 19 años):

Parte responsable: _____ Date de nacimiento: ____ / ____ / _____ SSN: _____
Relationship al paciente: _____ Address: _____
City: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Phone: _____ Empleador: _____

Complete también la parte posterior de esta página.

PREGUNTAS DE SELECCIÓN

(Debe completarse antes de administrar la vacuna)

- 1. ¿Tiene alergias a los huevos o a un componente de la vacuna? ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido
- 2. ¿Alguna vez ha tenido dificultad para respirar después de recibir una vacuna? ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido
- 3. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión, un trastorno del cerebro / sistema nervioso o Guillain-Barré? ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Doy mi consentimiento al Sistema de Salud Comunitario de Cozad y su personal para vacunar a la persona mencionada anteriormente. He leído o me han explicado la Autorización de uso de emergencia o la Declaración de información sobre vacunas y entiendo los riesgos y beneficios. Otorgo permiso para que CCHS divulgue cualquier información necesaria a mi compañía de seguros o a cualquier médico remitente. Entiendo que CCHS y sus afiliados no son responsables de ninguna acción u omisión del personal, los voluntarios o las agencias asociadas involucradas en la vacunación.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: ____ / ____ / _____

ESTA SECCIÓN SOLO PARA USO DEL PERSONAL

ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

Vacuna	Fabricante	Lote/Exp	Dosis	Sitio (círculo)	Enfermera/Fecha
FluLaval	GSK		0.5 ml	LA / RA	
Flublok	Sanofi		0.5 ml	LA / RA	
Fluzone	Sanofi		0.5 ml	LA / RA	
Fluzone HD	Sanofi		0.5 ml	LA / RA	

Temperatura: _____

NESIIS: ____ / ____ Facturado: ____ / ____ ☐ Pagado en efectivo/donación