



# 2022 Formulario de Firma de la Clínica de Influenza – Por favor Imprima

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> Hombre
Primer Nombre del Paciente	Apellido del Paciente	Inicial	Fecha de Nacimiento del Paciente	<input type="checkbox"/> Mujer
<hr/>			<hr/>	<input type="checkbox"/> Persona Responsable
Nombre de Padre o Guardián (Para los menores de edad)			Fecha de Nacimiento	
<hr/>		<hr/>	<hr/>	<hr/>
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	
<b>NOTA: Sin la información de aseguranza, se le facturarán directamente sus vacunas</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El precio: Adultos \$40, Mayores de 65+ Dosis Alta \$95, todos los niños \$20</li> <li>• Llame a nuestra oficina para hacer arreglos financieros o para actualizar la informacion de su seguro</li> <li>• A ningun niño (de 18 años o menos) se le negara la vacuna contra la gripe por no poder pagar</li> </ul>				
<hr/>		<hr/>		<hr/>
Número de Teléfono		Nombre de la compañía de seguros		Número de Identificación
<b>Tiene Seguro Medico?</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-weight: bold; font-size: 1.2em;"> <span>Si</span> <span>No</span> </div>				

**Para pacientes:** Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que no deba vacunarse. Solo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, consulte la parte posterior de esta página o solicite a su proveedor de atención médica para que se la explique.

SI	NO	N/A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacunación (por ejemplo, erupción cutánea, ronchas, dificultad para respirar)? <b>Por favor escribe la reaccione(s):</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedad cardiaca, enfermedad pulmonar, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia, otro trastorno sanguíneo o una afección crónica para la que usted ve un médico? <b>Por favor indique su(s) condición (es) crónica (s):</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Está usted enfermo hoy con fiebre o diarrea?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH / SIDA, o cualquier otro problema del sistema inmunológico? <b>Por favor escriba:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿En los <b>últimos 3 meses</b> , ha tomado medicamentos que afectan su sistema inmunológico, como la prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; ¿O ha tenido tratamientos de radiación? <b>Por favor escriba los medicamentos(s):</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Tiene alergia a alguno de los siguientes? <b>Por favor circule cuál (es):</b> <i>látex / neomicina / gentamicina / levadura / gelatina / glutamato monosódico / huevos</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. <b>Para las mujeres:</b> ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Ha tenido convulsiones o problemas cerebrales o con el Sistema nervioso?

**\* SÓLO PARA USO DE OFICINA \***

	Site	Lot #		Site	Lot #
Flu:	_____	_____	Prev20 / Pneu23:	_____	_____
Flumist:	_____	_____		_____	_____
High Dose Flu:	_____	_____	RN Signature/Date:	_____	_____



# South Central Public Health District

Prevent. Promote. Protect. [phd5.idaho.gov](http://phd5.idaho.gov)

## LAS CLINICAS ESCOLARES PARA MENORES DE 18 ANOS SOLO ADMINISTRARAN SPRAY NASAL CONTRA LA GRIPE

Hojas de información sobre vacunas (VIS) disponibles en:

[https://www.immunize.org/vis/spanish\\_flu\\_inactive.pdf](https://www.immunize.org/vis/spanish_flu_inactive.pdf) (Inyectable)

[https://www.immunize.org/vis/spanish\\_flu\\_live.pdf](https://www.immunize.org/vis/spanish_flu_live.pdf) (Flumist)

## CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS MEDICOS

### Servicios de Inmunizacion

- Se me ha ofrecido copias (electrónicas y / o en papel) de las Declaraciones de Información sobre Vacunas para todas las vacunas que se administraran hoy.
- Entiendo que las vacunas no son obligatorias y pueden ser rechazadas por razones religiosas y / o de otro tipo.
- Entiendo los beneficios, riesgos o complicaciones de las vacunas. (Más información sobre las vacunas que se ofrecen está disponible bajo petición).
- Entiendo que todos los registros de inmunización serán registrados en IRIS (Sistema de Información de Recordatorio de Inmunización). La participación en el registro de inmunización es voluntaria. Para que sus archivos sean retirados del IRIS, debe comunicarse con el Programa de Inmunización de Idaho.
- Me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de SCPHD.
- Doy mi consentimiento para recibir vacunas proporcionadas por SCPHD para mí o para este niño del cual soy el padre o tutor legal.

## CONSENTIMIENTO FINANCIERO

- SCPHD facturara a su compañía de seguros por usted, y el pago puede ser enviado directamente a SCPHD.
- Es posible que SCPHD no se considere un proveedor dentro de la red y, por lo tanto, no puede garantizar la cobertura de su compañía de seguros.
- Ya sea que su seguro pague o no, el balance de la cuenta es responsabilidad suya.
- Algunos, o tal vez todos, los servicios brindados pueden ser servicios no cubiertos.
- La confidencialidad no se puede garantizar con la facturación del seguro. Su proveedor de seguros puede enviar información al titular de la póliza de seguro (que puede ser su padre, tutor o cónyuge).

He leído el Consentimiento Financiero. Entiendo y acepto esta política. También entiendo que seré responsable del pago de todos los servicios. Autorizo la divulgación de información médica necesaria para procesar reclamos médicos y autorizo el pago de beneficios a SCPHD.

\_\_\_\_\_  
Firma (si es menor, firma del responsable)

\_\_\_\_\_  
Fecha

TWIN FALLS: (208) 737-5966

HEYBURN: (208) 678-8221

GOODING: (208) 934-4477

JEROME: (208) 324-8838

BELLEVUE: (208) 788-4335