

# CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR VACUNA CONTRA LA INFLUENZA 2020 / 2021



Rice County Public Health  
320 NW Third St; Suite 1  
Faribault, MN 55021  
507-332-6111  
www.co.rice.mn.us

Apellido <i>(Apellido completo)</i>	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento <i>(mes/día/año)</i>	Años
Dirección		Teléfono		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Ciudad		Estado	Código Postal	
<p><i>Rice County Public Health participa en Minnesota Immunization Information Connection (MIIC). Los datos de vacunación se pueden compartir con MIIC, otros proveedores de atención médica, escuelas y departamentos de salud directamente involucrados en mantenerlo al día con las vacunas. La información que proporciona es privada y no se comparte con otros, excepto cuando sea necesario para el pago, el tratamiento y las operaciones de la agencia. Una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Salud Pública del Condado de Rice está disponible a pedido y está publicada en nuestro sitio web en: <a href="http://www.co.rice.mn.us/DocumentCenter/View/821/Privacy-Practices-PDF">www.co.rice.mn.us/DocumentCenter/View/821/Privacy-Practices-PDF</a></i></p>				

Facturas de RCPH a Medicare, MA, Health Partners, Blue Cross, Medica

Información del pago Marque el primer aplicable

- Medicare B ID# \_\_\_\_\_
- MA, UCare, Blue Plus, Medica \_\_\_\_\_
- Pago privado: \$38 Quadrivalent/\$80 High Dose
- Sin seguro

Marque la vacuna interesada en\*

- Dosis alta: solo durante 65 años y
- Inyectable cuadrivalente - 6 meses & mayor
- FluMist: de 2 a 49 años

\* Vacunas sujetas a disponibilidad y pautas del

## POR FAVOR COMPLETE ESTAS PREGUNTAS:

- Eres Alérgico al Thimerosal, Formaldehyde o proteína del huevo?  si  no
- Alguna vez has tenido una reacción alérgica (anaphylaxis) de huevo?  si  no
- Alguna vez has tenido una severa reacción a la vacuna contra la gripe y otra vacuna?  si  no
- Alguna vez has tenido Guillain-Barre Syndrome o "Polio Frances"?  si  no
- Tienes Fiebre o estas enfermo hoy?  si  no

### PREGUNTAS ADICIONALES PARA FLUMIST (AGE 2 – 49)

- ¿Estas embarazada o existe la posibilidad de que estés embarazada?  si  no
- ¿Tienes entre 2 y 18 años y actualmente en terapia con aspirina?  si  no
- ¿Tiene alguna enfermedad crónica incluyendo asma o constante ruidos sibilantes en niños de 2-4 años?  si  no
- ¿Esta inmunodeprimido por alguna razón o cuidando por alguien que es?  si  no
- ¿Estás tomando algún medicamento antiviral?  si  no
- ¿Ha recibido alguna vacuna con virus vivos como MMR, VAR, Culebrilla o Fiebre Amarilla en las últimas 4 semanas?  si  no
- ¿Tiene una fuga de líquido cefalorraquídeo (CSF), implante coclear, o asplenia anatómica o asplenia funcional?  si  no

**Complete esta sección SOLO para niños de 6 meses a 8 años de edad: ¿Recibió el niño-o al menos dos dosis de la vacuna contra la influenza antes de Julio 1, 2020?**  SI  NO  NO ESTOY SEGURO-A

*Me han dado, leído o me han explicado la hoja de información sobre la vacuna "VACUNA CONTRA LA INFLUENZA (GRIPE): LO QUE NECESITA SABER" (15 de agosto de 2019). Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza. Me han respondido mis preguntas. Entiendo que hay un costo relacionado con recibir la vacuna contra la influenza y que puedo ser responsable de un copago y/o recibir una factura por el monto restante adeudado. Proporciono información de pago completa y precisa para que Salud Pública pueda facturar y recibir un reembolso por la administración y el costo de la vacuna, según corresponda.*

Firma de la persona que recibirá la vacuna o la persona autorizada para solicitar la solicitud:

X

Fecha:

SOLO PARA USO CLINICO ~ Por favor no escriba debajo

PRIVATE SUPPLY

MNVFC

- On MA/PMAP  Uninsured  
 American Indian/Alaskan

UUAV

- Uninsured  Out of pocket vaccine cost  
 Other- no screening required - Flu

Dose: <input type="checkbox"/> 0.20 mL (nasal) <input type="checkbox"/> 0.50 mL IM (quad) <input type="checkbox"/> 0.70 mL IM (high dose)	Site of Vaccination: <input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/> Right Vastus <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Left Vastus	Nurse's Signature:
Clinic ID:	Date Vaccinated:	Manuf. Lot # Exp: