

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR VACUNA CONTRA LA INFLUENZA 2021 / 2022



Rice County Public Health
320 NW Third St; Suite 1
Faribault, MN 55021
507-332-6111

Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Rice County Public Health

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 | | |

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: www.co.rice.mn.us/DocumentCenter/View/821/Privacy-Practices-PDF

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

Información del pago Marque el primer aplicable

- Medicare B ID# _____
- Seguro privado _____
- MA, Ucare, Blue Plus, Medica _____
- Pago privado: \$40 Quadivalent/\$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, Formaldehído 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, o tiene actualmente Covid sospechado/confirmado? si no

PREGUNTAS ADICIONALES PARA FLUMIST (AGES 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 2 dosis o más de la vacuna contra la influenza estacional en temporadas anteriores? 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" (08/06/21). 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

MNVFC

- On MA/PMAP Uninsured
 American Indian/Alaskan

UUAV

- Uninsured Out of pocket vaccine cost

PRIVATE SUPPLY

| | | |
|---|--|--------------------|
| 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: |