

RX#: _____

APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		NOMBRE DE SOLTERA	
----------	--	--------	--	----------------	--	-------------------	--

EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	Género <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULIN		NOMBRE de la madre (Nombre y apellido):			
------	---------------------	---	--	---	--	--	--

DIRECCIÓN				DIRECCIÓN de envío (SI ES DIFERENTE)			
-----------	--	--	--	--------------------------------------	--	--	--

CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO () -	<input type="checkbox"/> número de teléfono acepta mensajes de texto
--------	--------	---------------	-----------------------------	--

1 ¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	4 ¿Ha tenido una convulsión o un problema neurológico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
2 ¿Usted tiene alergias a medicamentos, gelatina, levadura, huevos, látex o cualquier vacuna?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	5 ¿Alguna vez ha tenido síndrome de Guillian-Barre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
3 ¿Alguna vez ha tenido una reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
6 Para niños de 8 años y menores: ¿Es la primera vez que recibe una vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		

PREGUNTAS DEL SEGURO: Por favor traiga la tarjeta de seguro o una copia de la tarjeta de seguro con usted.

<input type="checkbox"/> seguro privado (paga por vacunas)	<input type="checkbox"/> seguro privado (no cubre vacunas)	<input type="checkbox"/> Heritage Health/Medicaid
<input type="checkbox"/> Americano Indio/Alaska Nativo	<input type="checkbox"/> No tengo seguro	<input type="checkbox"/> Medicare

Si se presenta al seguro, ¿quién es el titular principal de la póliza? *Nombre como aparece en la tarjeta:* _____ *Compañía de seguros* _____

Miembro/póliza/ID # _____

Complete las áreas sombreadas si el Beneficiario NO es el titular de la póliza.

Dirección postal del asegurado	Sexo del asegurado: M F	Fecha de nacimiento del asegurado:
Relación con el asegurado:	<input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro	
Ciudad	Estado	Codigo Postal
Número de teléfono del asegurado: () -		

OTORGO CONSENTIMIENTO al Departamento de Salud del Distrito Norte Central y su personal para vacunar a la persona que figura en este formulario. Recibí y leí o me explicaron la (s) Declaración (s) de información sobre vacunas o la (s) Autorización (es) de uso de emergencia y entiendo los beneficios y riesgos de la (s) vacuna (s) y sus efectos secundarios conocidos actualmente. Además, entiendo que no hay garantía de inmunidad o que el cliente no experimentará una reacción adversa a la (s) vacuna (s). En el caso de efectos secundarios adversos o de que no se produzca inmunidad, por la presente declaro inofensivo al NCDHD por cualquier responsabilidad en la medida permitida por la ley. Si la persona nombrada anteriormente es menor de 19 años y no está acompañada por un adulto, acepto permitir que el agente de la escuela o el agente del NCDHD actúen en nombre de mi hijo. También reconozco que el Departamento de Salud del Distrito Norte Central ha puesto a disposición su Aviso de Privacidad para su revisión. Entiendo que puedo solicitar una copia del Aviso de Privacidad. Por la presente, otorgo permiso al Departamento de Salud del Distrito Central del Norte para divulgar cualquier información pertinente a la compañía de seguros que figura en la lista a solicitud y a los médicos a los que pueda ser remitido. Si no soy elegible para el Programa de Vacunas para Niños (VFC) o el Programa de Inmunización para Adultos (AIP), entiendo que soy responsable de los cargos que no pague mi compañía de seguros. Todas las vacunas administradas por NCDHD se ingresarán en NESIIS (Sistema de información de inmunización del estado de Nebraska). Doy mi consentimiento para que se me administren las vacunas que se me solicitan (o la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado para realizar esta solicitud y proporcionar el consentimiento sustituto).
También doy mi consentimiento para lo siguiente: (marque SÍ o NO)

1 Autorizo a NCDHD a divulgar información del expediente médico del cliente con respecto al estado de vacunación a las siguientes entidades: familia / tutores / representantes del cliente, guarderías, escuelas o autoridades relacionadas con el trabajo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
2 Autorizo a NCDHD a fotografiarme y / o a mi (s) niño (s) durante los servicios prestados y utilizar la (s) imagen (es) para publicar y / o distribuir.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

X Paciente Firma: * si el destinatario es menor de 19 años, un padre o tutor debe firmar el consentimiento _____ Fecha: _____

Si el destinatario es menor de 19 años y no está acompañado por un adulto, debe completar esta sección: Información de contacto de emergencia

Nombre del contacto de emergencia (en letra de imprenta):	Número de teléfono de contacto de emergencia: () -
---	--

PEDIMOS QUE TE QUEDES EN EL SITIO DURANTE 15 MINUTOS DESPUÉS DE RECIBIR SU VACUNACIÓN(S). SI USTED DECIDE DEJAR, USTED ASUME TODA RESPONSABILIDAD/RESPONSABILIDAD PARA CUALQUIER EVENTO ADVERSO. Gracias.



Formulario de consentimiento
de vacunación

NORTH CENTRAL DISTRICT HEALTH DEPARTMENT
422 E. DOUGLAS STREET, O'NEILL, NE 68763
MON-FRI 8:00 AM - 4:30 PM 402-336-2406



RX#: _____