



Distrito de salud de Housatonic Valley
Registro de administración de la vacuna contra la gripe estacional

Nombre del/de la paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de nac. ____ / ____ / ____ Edad: _____ Género: _____

Raza:

- Aborigen americana
- Negra/Afroamericana
- Asiática
- Blanca/Caucásica
- Hawaiana o de otra isla del Pacífico
- Otra: _____
- Desconocida

Etnia:

- Latina o hispana
- Ni latina ni hispana
- Desconocida
- Prefiere no responder

Dirección: _____ Ciudad: _____ Cód. postal: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Para personas menores de 19 años, nombre del padre, de la madre o del tutor legal: _____

Información sobre el seguro - DEBE traer una **copia** de las tarjetas del seguro de la persona mencionada anteriormente (los números de identificación pueden ser diferentes para cada individuo).

Medicare No Medicare

Marque el nombre del plan de seguro:

- Medicare (Parte B)
- ConnectiCare
- Anthem BC/BS
- Cigna
- Otro: _____
- Aetna
- UnitedHealthCare
- Oxford - UnitedHealthCare
- HUSKY/ Medicaid

N. ° de seguro _____

Nombre del afiliado/de la afiliada:

Responda las cinco preguntas siguientes sobre la persona que recibirá la vacuna:

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<p>¿La persona que recibe la vacuna antigripal tiene entre 6 meses y 8 años de edad?</p> <p>Si la respuesta es SÍ, ¿recibió el niño/la niña al menos 2 dosis de cualquier vacuna antigripal antes del 1 de julio de 2023 (No es necesario haberla recibido durante la misma temporada o en temporadas consecutivas) Sí No Desconocido</p> <p>Si la respuesta es NO o DESCONOCIDO, el niño/la niña necesita 2 dosis para 2023-24, con un intervalo de al menos 4 semanas.</p>
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿La persona está enferma o tiene fiebre el día que va a recibir la vacuna antigripal?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tuvo alguna vez síndrome de Guillain-Barre
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica después de vacunarse contra la gripe o tiene alguna otra alergia grave que ponga en peligro su vida?

Recibirá la Declaración informativa sobre la vacuna en la clínica

He leído o me han explicado la Declaración informativa sobre la gripe estacional y la vacuna antigripal. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna antigripal. Solicito que se me administre la vacuna a mí o a la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado/a a presentar esta solicitud. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para tramitar una reclamación al seguro. He leído y estoy de acuerdo con la política de privacidad del Distrito de Salud de Housatonic Valley. Entiendo que si mi seguro no cubre completamente el costo de esta vacuna, el Distrito de Salud de Housatonic Valley puede facturarme el saldo del costo.

Firma: _____ Fecha: _____

Para uso de la clínica:

Dose: 0.5ml IM 0.7ml IM | Site: LD RD LT RT Vaccine Manufacturer & Lot #: _____

Administered by: _____ Date: _____