



Cuestionario de Inmunización Contra la Gripe

POR FAVOR LLENE EL CUESTIONARIO

Nombre _____ Telefono # (____) _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

Fecha de Nacimiento Mes _____ / Día _____ / Año _____ Edad de Hoy _____ Sexo F M Le ha dado Varicela Si No

Padres /Guardián Email _____ Total de Efectivo Mandado con el Niño \$ _____

Raza:

Caucásico Afro-Americano

Asiático Americano Nativo

Isleño del Pacifico

Ethnia: Hispano o Latino

No Hispano o No Latino

Estafo de cobertura medico:

Seguro Medico Privado *volteé la página para la información sobre el seguro medico* →

Tiene seguro medico, pero no paga las vacunas

No tiene seguro Medico

Medicaid # _____

Nevada Check-up # _____

ATENCION: Se le informa que debe esperarse 15 minutos después de recibir su vacuna antes de manejar

Favor de contestar las siguientes preguntas sobre **LA PERSONA** que se va a vacunar.

1. ¿Esta enfermo hoy? Sí No
2. ¿Es alérgico a los huevos, comida, medicamento, látex o algún componente de vacunas?..... Sí No
Si tiene alergia, a que? _____
3. ¿Ha tenido alguna reacción seria o se a desmayado con alguna vacuna en el pasado?..... Sí No
4. ¿Ha tenido el síndrome de Guillain-Barre?..... Sí No
5. ¿Ha tenido convulsiones o algún problema del sistema nervioso?..... Sí No
6. ¿Tiene cáncer, SIDA u otros problemas del sistema Inmunológico?..... Sí No
7. ¿Ha tomado cortisona, predisona o algún esteroide, medicina anticancer o radiación en los últimos 3 meses?..... Sí No
8. ¿Ha recibido alguna medicina antiviral en los últimos 3 meses?..... Sí No
9. ¿Ha recibido otras vacunas en los últimos 28 días, como la de la influenza (gripe)?..... Sí No
Si contesto si, ¿tipo de vacuna?: _____ fecha: _____
10. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o productos de sangre, le han dado gamma inmune (gama) Globulina en el ultimo año?..... Sí No
11. ¿Tiene problemas a largo plazo de diabetes, enfermedad Cardiaca, enfermedad pulmonar, enfermedad renal, asma, Anemia, o algún desorden sanguíneo?..... Sí No
12. ¿La persona que se va a vacunar hoy esta embarazada o planea quedar embarazada en el próximo mes?..... Sí No
13. ¿Ha sido vacunado(a) / a contra la influenza en el pasado?..... Sí No
14. Mi hijo (a) puede recibir la vacuna antigripal **Ya sea la Nasal o Inyectable** **Inyectable** **Nasal**

He recibido y entendido las hojas de información sobre las vacunas que serán administradas. Entiendo que El Aviso de Privacidad de salud de CCHHS esta disponible si usted lo desea y también <http://getthehealthycarsoncity.org>. Autorizo a CCHHS que documente esta información en el Registro de Nevada de Inmunizaciones, a menos de que indiquen lo contrario. Yo autorizo a la clínica de CCHHS para cobrar a mi seguro medico y compartir mi información si es necesario para procesar el cobro. Autorizo por este medio el pago directo a CCHHS.

Firma del Cliente/ Padre/ Guardián _____ Fecha ____/____/____

Escriba claro el nombre del Cliente/Padre/Guardián _____

(Se requiere la firma de los padres para menores de 18 años) **POR FAVOR NO ESCRIBA DEBAJO DE LA LINEA**

Manufacturer		Lot #		Exp					
Fluarix - Quad (90686) V04.81 <small>VIS 7/2013</small>	GSK	<input type="checkbox"/> VFC	G7BL9 (VFC)	6/30/2014	RD	LD			IM
		<input type="checkbox"/> Private							
Flu Mist (90660) V04.81 <small>VIS 7/2013</small>	Med-Immune	<input type="checkbox"/> VFC	BH2090 (VFC)	12/2/2013	Nasal				
		<input type="checkbox"/> Private							

Administered by: _____ Date: ____/____/____ Clinic Location: _____

(Write Legibly) First Initial Last Name Credentials



Información de Pago por Inmunización



El costo por la vacuna es : \$ 20

Escuela de su hijo (a) _____ Nombre del Maestro _____ Grado: _____

Para que CCHHS pueda mandar el cobro a su seguro medico:

- | | | |
|-------------------|---------------------------|--|
| Aceptamos: | ● Aetna | ● Anthem Blue Cross/Blue Shield |
| ● Cigna | ● Coventry Health Care | ● Gov't Employee Health Association (GEHA) |
| ● Hometown Health | ● Humana | ● Nevada Preferred Provider |
| ● PEBP | ● St. Mary's Health Plans | ● Universal Health |

Si usted tiene seguro medico enlistado arriba, favor de completar la siguiente información sobre LA PERSONA PRIMARIA en el seguro medico o adjunte una copia de adelante y atrás de la tarjeta del seguro medico.

Favor de Completar

Nombre de la compañía de seguro medico: _____

Numero de teléfono de servicio al cliente (# en la tarjeta de seguro medico): _____

Numero de identificación de seguro medico #: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre de la Persona Primaria: _____

Apellido Nombre Inicial

Numero de Seguro Social #: ____-____-____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo M F

Dirección: _____

Calle # Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de día #: (____) _____ Relación al paciente: _____

Yo autorizo que CCHHS mande el cobro a mi seguro medico y provea la información necesaria para procesar este servicio. Yo entiendo que soy responsable de saber los servicios que son cubiertos y también si el deducible de la familia se ha cumplido. Yo entiendo que yo puedo ser responsable por el pago a CCHHS. Yo autorizo el pago directo a CCHHS.

Firma _____ Fecha ____/____/____

Si su hijo(a) tiene seguro medico privado no enlistado arriba, favor de pagar con tarjeta de crédito, efectivo o cheque. Por motivos de información ¿cual seguro medico tiene su hijo (a)? _____

Para Pagar con Trajeta de Credito: El Costo por la Vacuna es: \$ _____

VISA o MasterCard #: _____

Fecha de vencimiento: ____/____/____ CVV2 Code: _____ (numero de 3 dígitos, por la parte de atrás de la tarjeta)

Nombre de la persona en la tarjeta : _____

Firma de la persona en la tarjeta : _____

Para Pagar con Cheque: El Costo por la Vacuna es: \$ _____

Haga el Cheque Pagable a: Carson City Health and Human Services

For Office Use Only

Date ____/____/____ Amount \$ _____ Check Cash Credit Initials _____