

Yo he leído o se me ha explicado la información contenida en la Declaración Informativa de la Vacuna para Influenza y Neumocócica acerca de la enfermedad(es) o la vacuna(s). He tenido la oportunidad de hacer preguntas que me fueron contestadas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna(s) y pido que se me apliquen las vacunas a mi o a la persona por quien estoy autorizado/a para hacer esta petición. Yo he leído el Artículo de Información Sobre prácticas de Salud (HIPPA) y entiendo que mi información puede ser proporcionada a oficiales de escuelas, oficiales de salud pública, profesionales de salud, y entidades de factura del seguro medico.

<b>Apellido</b>		<b>Primer Nombre</b>		<b>2ndo Nombre</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Sexo:</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
<b>Dirección</b>				<b>Cuidad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	
<b>Número De Teléfono</b> ( )		<b>Seguro Social</b>	<b>Étnica: Origen</b> Hispano: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>Raza :</b> Blanco <input type="checkbox"/> Negro / Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro Pacifico Islandés <input type="checkbox"/>			
<b>Lenguaje:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro		<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado			<b>Nivel de Education:</b>		
<b>Número de Medicaid/SoonerCare</b>		<b>Apellido de Medicaid</b>	<b>Primer Nombre de Medicaid</b>	<b>Apellido de soltera de la madre:</b> ( requerido para menores)			
<b>¿Tiene Medicare Parte B?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<b>¿Medicare es principal?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Numero de Medicare:</b>		<input type="checkbox"/> Tengo seguro. Nombre del seguro medico. _____ <input type="checkbox"/> Mi seguro paga por la vacuna de la flu. <input type="checkbox"/> No tengo seguro medico.	
<b>Si no tiene seguro medico y quiere ser considerado para recibir gratis la vacuna del flu, por favor denos la siguiente información.</b>				<b>Ingreso bruto de familia:</b> Por favor indique la cantidad total de su ingreso por ano: \$ _____ o Semanal \$ _____		<b>Número de personas mantenidas por este ingreso</b> _____	
<input type="checkbox"/> Yo elijo no reportar mi ingreso. Yo entiendo que <b>tendré que pagar</b> para recibir la vacuna de la flu.			<b>Permiso para contactar:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<b>Firma del paciente o padre/guardián:</b> <b>X</b> _____		
<b>Office Use</b>	<b>VFC Status:</b> <input type="checkbox"/> 1–Medicaid <input type="checkbox"/> 2–Native American <input type="checkbox"/> 3 –Native Alaskan <input type="checkbox"/> 4–Underinsured <input type="checkbox"/> 5–No Insurance <input type="checkbox"/> 6–Private Insurance						
<b>Payment Source:</b>		<input type="checkbox"/> No Charge <input type="checkbox"/> Cash \$ _____		<input type="checkbox"/> Check # _____		<input type="checkbox"/> Health Choice <input type="checkbox"/> Vendor _____	
<input type="checkbox"/> Community Care		ID # _____		Group # _____		Clerk _____	

**Preguntas Médicas**

¿El paciente ha recibido la vacuna contra la pulmonía? Si No  
**Conteste las preguntas de verificación si el niño tiene 8 años o menor.**  
 ¿Su hijo/a alguna vez ha recibido la vacuna de la influenza? Si No  
 ¿Cuántas dosis de la vacuna Influenza recibo su hijo/a el año pasado? 0 1 2

**Preguntas de verificación para la vacuna de la gripe**

- ¿Sufre hoy de fiebre, infección u otra enfermedad? Si No
- ¿Has tenido una reacción a la vacuna de la influenza? Si No
- ¿Tiene alergia a huevos de gallina, látex, thimerosal (merthiolate)? Si No
- ¿Ha sufrido del síndrome Guillain-Barre (enfermedad de parálisis)? Si No

**Preguntas de verificación para el Roció Nasal**

*(Para personas de 2 a 49 años de edad solamente)*

- ¿Estás embarazada? Si No
- ¿Es el paciente un niño o adolescente con tratamiento prolongado de aspirina? Si No
- ¿Ha tenido uno o más episodios de respiración asmática en el último año? Si No
- ¿Tiene problemas de salud con el corazón, pulmones, riñones, etc.? Si No
- ¿El paciente está entre la edad de 2 a 4 años y tiene asma o dificultad de respiración (silbido)? Si No
- ¿Tiene alergia a huevos, arginina, gentamicina o gelatina? Si No
- ¿Está tomando un antibiótico o ha tomado en las últimas 48 horas? Si No
- ¿Sufre de sistema inmunológico debilitado o tiene contacto con alguien que sufre de la enfermedad? Si No
- ¿La persona que será vacunada ha recibido otra vacuna en las últimas 4 semanas? Si No

Vaccine Type	Date	Lot Number	Site	Signature / Initials	Vaccine Type	Date	Lot Number	Site	Signature / Initials
FLUMIST VFC					FLUMIST				
FLUVIRIN 4-18y VFC					FLUVIRIN 4y & up				
FLUZONE 6m-18y VFC					FLUZONE 6m & up				
FLUZONE 3-18y VFC					FLUZONE 3y & up				
FLUZONE 6-35M					FLUZONE 65y & up				
FLUZONE ID					FLUARIX 3y & up				
FLUARIX 3-18y VFC					FLULAVAL 18y & up				
AFLURIA 9-18y VFC									
					PNEUMOVAX				
<b>Site / Route:</b> 1 = RVL / IM 2 =LVL / IM 3= RD / IM 4 = LD / IM					9 = Other / Nasal 12 = RT Deltoid Region ID 13 = LT Deltoid Region ID				