

**DEPARTAMENTO DE SALUD**  
**FORMULARIO PARA LA DOCUMENTACIÓN DE LA GRIPE**

Se me ha ofrecido una copia de la "Declaración sobre la información de la vacuna de gripa". He leído o se me ha explicado la información en la "Declaración sobre la información de la vacuna de gripa". Mis preguntas fueron contestadas a satisfacción, y yo pido que la vacuna aplicadas a mi, o a la persona nombrada abajo por quien yo doy autorización. Doy mi consentimiento para compartir con las escuelas y incluir la información de la vacuna y de la persona nombrada abajo en el Registro de Vacunas de Kansas. He recibido una copia de la Notificación sobre Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado Lawrence-Douglas con fecha efectiva 23 Septiembre 2013.

**Por favor, de la información sobre la persona que va a recibir la vacuna:**

<b>Nombre (como lo aparece en la tarjeta Medicare, si es aplicable):</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>		<b>Número de teléfono:</b>
<b>Dirección:</b>		<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>
<b>Raza: (Check all that apply)</b> <input type="checkbox"/> India americana/nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii/las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/africano Americana <input type="checkbox"/> Desconocido/sin responder		<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Nombre del doctor</b> _____		O	<input type="checkbox"/> Heartland Community Health Center	

Las preguntas son para la persona que va a recibir la vacuna contra la gripe

Seleccione Sí o No

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Está enfermo hoy o tiene fiebre?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Ha tenido una reacción alérgica contra la vacuna de influenza o alguno de sus componentes que fue tan grave que tuvo que recibir un tratamiento médico? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Ha sido paralizado por el síndrome Guillain-Barré?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

X \_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o del Padre/guardián** **Fecha**

**FOR HEALTH DEPARTMENT USE ONLY**

<b>VFC eligible</b> <input type="checkbox"/> KanCare <input type="checkbox"/> No health insurance <input type="checkbox"/> Native American/Alaska Native <input type="checkbox"/> Insurance does not cover vaccine	<b>Private vaccine</b> <input type="checkbox"/> Insurance pays for immunizations
--	---

**Clinic:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
 Medicare # (Part B): \_\_\_\_\_ KanCare/Medicaid (Sunflower, Amerigroup, UnitedHealthcare) #: \_\_\_\_\_  
 BC/BS #: \_\_\_\_\_ Subscriber Name \_\_\_\_\_

**If no insurance do the following:**

**Check One:**    No Pay    Cash    Check    Contract Billing    No Charge/Staff

**Complete:**   Amount paid \$ \_\_\_\_\_   Check # \_\_\_\_\_   Receipt # \_\_\_\_\_

**For Vaccine Administrator Use Only**

Vaccine Code	Site	Dose/Route	VIS	Mfg	Lot #	Exp. Date

\_\_\_\_\_  
 Initial