

CHILD HEALTH

ADULT HEALTH

# Formulario de Vacunación - Declaración de Entendimiento, Permiso y Asignación

Departamento de Salud del Condado Harnett

1. Apellido(s) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_
2. Número del Seguro Social (SOLO SI SE NECESITA PARA FACTURACIÓN) \_\_\_\_\_
3. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_
4. Raza  1. Blanco  2. Moreno  3. Indio Am/Nativo de Alaska  4. Asiático/Isleño Pacífico  
 Etnicidad Origen Hispano?  1. Hispano/Latino  2. No Hispano/Latino  3. Rehuso
5. Sexo  1. Hombre  2. Mujer
6. Condado de Residencia \_\_\_\_\_
7. Dirección Física \_\_\_\_\_
8. Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_
9. Número de Teléfono \_\_\_\_\_
10. Número de Medicare \_\_\_\_\_
11. Número de Medicaid \_\_\_\_\_
12. Número de Seguro Privado / #Abonado / #Identificación \_\_\_\_\_

**COMPañÍA DE SEGURO:**

**DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO:** Yo he leído y entiendo la información que se me proporciono sobre como recibir las vacunas de la gripe y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Yo entiendo que ser alérgico a los huevos puede ser una razón para no poder recibir la vacuna de la gripe. Yo afirmo al mejor de mi conocimiento que las siguientes preguntas han sido respondidas con sinceridad.

1. ¿Es alérgico a los huevos? .....  Si  No
2. ¿Tiene, en estos momentos, fiebre y temperatura de más de 100°F? .....  Si  No
3. ¿Ha tenido reacción alérgica a la vacuna de la gripe? .....  Si  No

**DECLARACIÓN DE PERMISO Y ASIGNACIÓN:** Yo voluntariamente doy mi permiso para recibir la vacuna de la gripe. Yo entiendo que pago por este servicio se hará en acuerdo con las provisiones del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social (Medicare), y/o Título XIX de la Ley de Seguridad Social (Medicaid); y/o seguro médico privado u otro pagador terciario Yo por la siguiente autorizo al proveedor del servicio a soltar la información necesaria para el procesamiento de cualquier reclamación de pago en my nombre, y Yo autorizo pago al proveedor por dicha reclamación

**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar abajo, Yo entiendo que:

- Yo soy el paciente o el representante personal del paciente;
- El "Aviso de Prácticas de Privacidad" de HCHD se ha puesto a mi disposición para que lo vea y puedo solicitar una copia en cualquier momento.
- Yo entiendo que puedo contactar a la persona nombrada en el Aviso si tengo preguntas sobre el contenido del Aviso.

<input type="checkbox"/> 90686 Fluzone & Flulaval	<input type="checkbox"/> 90694 HD FLUAD
<input type="checkbox"/> 90756 Flucelvax	

**X** \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_

*Firma del paciente o padre/guardián legal/personal legalmente responsable* **Fecha**

Descripción de la relación al paciente **NO ESCRIBA BAJO ESTA LINEA**

**For Provider Use Only:**

Influenza \_\_\_\_\_ Vaccine  
 Mfgr./Lot \_\_\_\_\_ Number  
 \_\_\_\_\_ Right \_\_\_\_\_ Left Deltoid Date \_\_\_\_\_  
 Injection Site: \_\_\_\_\_  
 Administered by \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_

**Patient FLU  
ONLY**