



INFLUENZA ESTACIONAL: CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA DE CLÍNICAS MÓVILES

ESTA FORMA SERÁ VÁLIDA ÚNICAMENTE CON TODOS LOS CAMPOS LLENOS Y LA FIRMA DE UNO DE LOS PADRES O TUTOR.
LLENAR CON TINTA NEGRA O AZUL Y ENTREGAR ÚNICAMENTE SI DESEA QUE SU HIJO RECIBA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA (GRIPE).

APELLIDO	NOMBRE	IN. 2.º NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO / /	EDAD	SEXO: <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO
CALLE		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚM. TEL. ()	<input type="checkbox"/> MÓVIL <input type="checkbox"/> CASA	IDIOMA: <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO _____	ETNICIDAD: ¿ES DE ORIGEN HISPANO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RAZA: <input type="checkbox"/> INDÍGENA ESTADOUNIDENSE/NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICA <input type="checkbox"/> NEGRA/AFROAMERICANA <input type="checkbox"/> ORIGINARIO DE HAWÁI/DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> BLANCA	

ELEGIBILIDAD DE VACUNACIÓN INFANTIL (VFC, EN INGLÉS)

EL NIÑO DEBE SER MENOR DE 19 AÑOS DE EDAD Y CUMPLIR CON AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNACIÓN SIN COSTO.

MI NIÑO/A TIENE COBERTURA A TRAVÉS DE SOONERCARE/MEDICAID MI NIÑO/A ES INDÍGENA ESTADOUNIDENSE/NATIVO DE ALASKA MI NIÑO/A NO TIENE SEGURO.

MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

A MI NIÑO/A PUEDEN APLICARLE LAS VACUNAS **SIN MI PRESENCIA.**
 A MI NIÑO/A PUEDEN APLICARLE LAS VACUNAS ÚNICAMENTE **CON MI PRESENCIA.**

CUESTIONARIO MÉDICO

¿EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA HA RECIBIDO LA VACUNA CONTRA LA GRIPE?
 SÍ NO

¿TIENE CALENTURA, ALGUNA INFECCIÓN O ESTÁ ENFERMO?
 SÍ NO

¿HA PRESENTADO ALGUNA REACCIÓN A LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA?
 SÍ NO

¿ES ALÉRGICO A LOS HUEVOS DE GALLINA, LÁTEX, TIOMERSAL O A LA GELATINA?
 SÍ NO

¿HA EXPERIMENTADO EL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ (POLINEURITIS IDIOPÁTICA AGUDA)?
 SÍ NO

CONSENTIMIENTO POR 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA FIRMADO

Yo, el abajofirmante, doy mi consentimiento para que yo o mi niño/a recibamos de Tulsa Health Department, con la colaboración del programa de clínicas móviles Oklahoma Caring Vans, la vacuna inyectable contra la influenza. He leído o se me ha explicado la información sobre la(s) enfermedad(es) y vacuna(s) que aparece en la(s) hoja(s) de información Vaccination Information Statement(s) (VIS, en inglés). Entiendo que se me explicarán los riesgos y los beneficios de estos servicios y que tendré la oportunidad de realizar preguntas. Entiendo que puedo rechazar los servicios en cualquier momento. Por este medio, yo, el abajofirmante, autorizo que Tulsa Health Department divulgue información del esquema de vacunación de mi niño/a a: profesionales médicos, personal de salud pública, escuelas, guarderías y al Departamento de Servicios Humanos. Reconozco que se me ha ofrecido una copia del *Aviso de Prácticas de privacidad de Tulsa Health Department (Tulsa Health Department Notice of Privacy Practices)*, como lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés). Yo, el abajofirmante, autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra índole que sea necesaria para el procesamiento de facturas de Medicare/Medicaid. Asimismo, solicito que el pago sea asignado a Tulsa Health Department. Los pacientes de Medicare/Medicaid podrían recibir una notificación como parte del protocolo antifraude de Medicare/Medicaid. Dichas notificaciones no tienen la finalidad de cobrar a los pacientes por los servicios.

FIRMA	PARENTESCO CON EL NIÑO/A	FECHA
--------------	-----------------------------	-------

USO ADMINISTRATIVO. NO ESCRIBA EN ESTA SECCIÓN.

VACUNA	FECHA	LOTE	SITIO/RUTA (CÓDIGO DE LA TABLA A LA DERECHA)	FIRMA/INICIALES

SITE KEY:

- 1 RT Vast Lat IM
- 2 LT Vast Lat IM
- 3 RT Deltoid IM
- 4 LT Deltoid IM
- 9 Otro (aerosol nasal)
- 13 RT Deltoid ID
- 14 LT Deltoid ID