

## Información sobre la Clínica de Vacunación en la Escuela Forma de Adultos

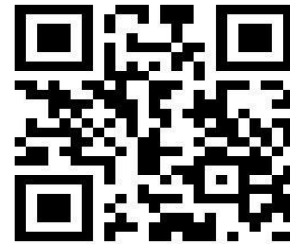
Su escuela primaria y el Departamento de Salud de Weber-Morgan se complacen en anunciar que están trabajando juntos para ofrecer una clínica para aplicar las vacunas contra la gripe, y contra el tétano, la difteria y la tos ferina (Tdap) en la escuela de su hijo. Se recomienda que todos mayores de 6 meses reciban una vacuna contra la gripe anualmente para prevenir la enfermedad y las hospitalizaciones. La vacuna Tdap es recomendado para todos los adultos. Las enfermeras escolares y el personal de enfermería del departamento de salud ofrecerán estas vacunas a todos los que gustan recibirlos a la escuela. Los padres y los hermanos están invitados a presentarse junto al alumno y podrán recibir vacunas en el mismo momento.

- **Para conocer los días y horarios de la Clínica**, consulte el calendario adjunto. También puede visitar la página web de su escuela, o visitar [www.webermorganhealth.org](http://www.webermorganhealth.org).
- **Lea las declaraciones informativas sobre las vacunas en [www.webermorganhealth.org](http://www.webermorganhealth.org)** o llame al número 801-399-7250 para obtener una copia impresa. Allí podrá obtener respuestas a las preguntas que pueda tener acerca de estas vacunas.
- **Complete el formulario de consentimiento incluido en la parte posterior de esta página.** También puede visitar la página web de su escuela, o ir a [www.webermorganhealth.org](http://www.webermorganhealth.org) e imprimir los formularios.
- **Envíe el formulario completo de regreso a la escuela el día de la clínica.**

El Departamento de Salud de Weber-Morgan puede facturar a las siguientes compañías de seguro médico si está cubierto por alguna de ellas:

- |  |                      |
|--|----------------------|
| • Aetna  | • Medicaid           |
| • Altius   | • Medicare           |
| • Blue Cross Blue Shield<br>(Except Focal Point) | • PEHP               |
| • CHIP   | • Select Health      |
| • Deseret Mutual                                 | • TRICARE            |
| • Educators Mutual                               | • UMR                |
| • GEHA   | • United Health Care |
|  | • University of Utah |

Puede escanear este Código QR para tener acceso a la información en línea



### Seleccione alguna de las siguientes opciones de pago:

- Estoy cubierto bajo uno de los seguros médicos incluidos arriba.**  
*(Se debe completar toda la información a fin de que podamos enviar la factura a su seguro médico)*  
Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_  
Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_
- Mi seguro médico no está mencionado arriba:** Influenza \$30, High Dose Flu \$59, Tdap \$50  
 Marque este casillero si le gustaría que le enviemos un recibo detallado para presentar a su seguro médico.
- No tengo seguro médico:**  
Influenza \$30, High Dose Flu \$59, (SP) Tdap \$15

**Se aceptan pagos en efectivo y con cheque. Por favor, haga los cheques a la orden de “WMHD”.**

*\* Si se selecciona esta forma de pago, es necesario enviar el pago junto con el formulario de consentimiento el día de la clínica.*

# DEPARTAMENTO de la SALUD de WEBER MORGAN

## Forma de Permiso para Adultos

Llene por favor la información siguiente para la persona que va recibir la vacuna.

Nombre legal: \_\_\_\_\_ Fecha del Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnica: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Se me ha dado una copia y he leído, o me han explicado, la información contenida en la Declaración de Información de Vacuna para la persona que recibe las vacunas. Comprendo los beneficios y los riesgos de las vacunas y solicito que las vacunas me sean dadas o a la persona para quien soy autorizado a hacer esta petición. Conuerdo que esta información puede ser compartida con escuelas, con las guarderías, con proveedores de asistencia sanitaria y con otros cuando médicamente necesario. Comprendo que es mi responsabilidad de saber lo que mi plan de seguro cubre y concuerdo en pagar la porción no cubierta por mi seguro. Comprendo que si el Departamento de Salud de Weber Morgan no tiene un contrato con mi compañía de seguros, y mi compañía de seguros niega pago, yo soy responsable de todos los cargos contraídos. Yo he sido notificado que la Nota de Practicas de Privacidad del Departamento Weber Morgan esta situada en su sitio web en [www.webermorganhealth.org](http://www.webermorganhealth.org) y yo he tenido una oportunidad de hacer preguntas acerca de cómo mi información de salud publica será utilizada.

### La persona que recibe la vacuna:

1. ¿Estuvo enferma durante la última semana de algo más serio que un resfrío?  No  Sí
2. ¿Ha tenido alguna reacción grave a alguna vacuna anteriormente?  No  Sí
3. ¿Ha estado paralizada debido al Síndrome de Guillain-Barre?  No  Sí
4. ¿Ha tenido alguna alergia importante a algún alimento o medicamento?  No  Sí  
Si contestó Sí, por favor enumere: \_\_\_\_\_
5. ¿Ha tenido convulsiones o problemas con los nervios o cerebro?  No  Sí

**Las vacunas solicitadas:**

Gripa Inyectable (Flu)

Gripa de Alta Dosis Inyectable (para 65 años+) (High Dose Flu)

Tdap (Tetano, Difteria y Tos ferina)

**Firma:** \_\_\_\_\_

\*\*\* Space below for Office Use Only\*\*\*

### Vaccine(s) Given:

- Weber** Flu \_\_\_\_\_ 0.5 cc
- Weber** High Dose Flu \_\_\_\_\_ 0.5 cc
- Weber** Tdap \_\_\_\_\_ 0.5 cc
- Special Project** Tdap \_\_\_\_\_ 0.5 cc

### Site:

- L  R Del
- L  R Del
- L  R Del
- L  R Del

**Date:** \_\_\_\_\_

**Nurse's Initials:** \_\_\_\_\_

**Notes:** \_\_\_\_\_