

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.
- **Lea las declaraciones informativas sobre las vacunas en 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 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
- Altius
- Blue Cross Blue Shield (Except Focal Point)
- CHIP
- Deseret Mutual
- Educators Mutual (EMI)
- GEHA
- Medicaid
- Medicare
- PEHP
- Select Health
- TRICARE
- UMR
- 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 medico no esta mencionado arriba:** Influenza \$30, High Dose Flu \$59, Tdap \$55
 Marque este casillero si le gustaría que le enviemos un recibo detallado para presentar a su seguro médico.
- No tengo seguro medico:**
Influenza \$30, High Dose Flu \$59, (SP) Tdap \$20

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 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 contra 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)	<input type="checkbox"/>
Gripa de Alta Dosis Inyectable (para 65 años+) (High Dose Flu)	<input type="checkbox"/>
Tdap (Tetano, Difteria y Tos ferina)	<input type="checkbox"/>

Firma: _____

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

Vaccine(s) Given:

- | | |
|---|--------|
| <input type="checkbox"/> Weber Flu _____ | 0.5 cc |
| <input type="checkbox"/> Weber High Dose Flu _____ | 0.5 cc |
| <input type="checkbox"/> Weber Tdap _____ | 0.5 cc |
| <input type="checkbox"/> Special Project Tdap _____ | 0.5 cc |

Site:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del |

Date: _____

Nurse's Initials: _____

Notes: _____