

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

Para uso exclusivo
de la oficina
CA/CK

Su escuela 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. La vacuna contra la hepatitis B también se recomienda y también se ofrecerá.

- **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 su hijo está cubierto por alguna de ellas:

- Aetna/Altius
- Blue Cross Blue Shield*
(*Except Focal Point)
- CHIP
- Deseret Mutual
- Educators Mutual
- GEHA
- Medicaid
- PEHP
- Samera Health*
(*T&C Network Only)
- Select Health
- TRICARE*
(*May need referral from PCP)
- UMR
- United Health Care*
(*Except Railroad Employees)
- University of Utah

Seleccione alguna de las siguientes opciones de pago (Si tienes mas que un seguro favor de seleccionar las):

- Mi hijo tiene Medicaid o CHIP. ***Por favor adjunte una copia de la tarjeta de Medicaid/CHIP*****
(Toda la información debe de ser completada para que podamos facturar)
Nombre del HMO/ACO: _____ Número de Póliza: _____
- Estoy cubierto bajo uno de los seguros médicos incluidos arriba.**
*****Por favor adjunte una copia de la tarjeta/s del seguro*****
(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: _____
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 \$70, Tdap \$56, MMR \$103, Hepatitis B \$116*
- No tengo seguro medico:** Influenza \$30, High Dose Flu \$70, Tdap \$20, MMR \$103, Hepatitis B \$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.
(Si necesitas la vacuna contra la varicella llama a Lyndsey (801)399-7239 para solicitar el farmulario y para que lo llevemos a la clinca)

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:

- Sí No ¿Estuvo enferma durante la última semana de algo más serio que un resfrío?
- Sí No ¿Recibió algún medicamento antivirico durante las últimas 48 horas?
- Sí No ¿Ha recibido alguna vacuna durante el último mes?
- Sí No ¿Ha tenido alguna reacción grave a alguna vacuna anteriormente?
- Sí No ¿Ha estado paralizada debido al Síndrome de Guillain-Barre?
- Sí No ¿Ha tenido alguna alergia importante a algún alimento o medicamento? Si contestó Sí, por favor enumere: _____
- Sí No ¿Ha tenido convulsiones o problemas con los nervios o cerebro?
- Sí No ¿Ha tenido trombocitopenia (recuento bajo de plaquetas)?
- Sí No ¿Ha estado recibiendo quimioterapia/radioterapia, drogas para anticáncer o medicamentos con esteroides en los últimos 3 meses?
- Sí No ¿Había recibido (gamma globulina) o transfusiones de sangre en el último año?
- Sí No ¿Tiene cáncer, leucemia, SIDA, o cualquier otro problema del sistema inmunitario? Si contestó Sí, por favor enumere: _____
- Sí No (Solo para mujeres) ¿Está embarazada o planea estarlo en las próximas 4 semanas?

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"/>
MMR (Paperas, Sarampión y Rubéola)	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>

Firma: _____

*** El siguiente espacio es para uso exclusivo de la oficina ***

Vaccine(s) Given:

- Weber** Flu _____ 0.5 cc
- Weber** High Dose Flu _____ 0.5 cc
- Weber** MMR _____ 0.5 cc
- Weber** Tdap _____ 0.5 cc
- Special Project** Tdap _____ 0.5 cc
- Weber** Heplisav B _____ 0.5 cc
- Special Project** Heplisav B _____ 0.5 cc

Site:

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

Date: _____

Nurse's Initials: _____

Notes:
