

WEBER MORGAN HEALTH DEPARTMENT
Forma de Permiso

Favor de llenar con la informacion sobre la person que va recibir la vacuna.

Nombre Legal: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 Direccion: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____
 Tele. de casa: _____ # Celular: _____
 Raza: _____ Sexo: _____ Nombre de la Escuela: _____

Me han dado la información de Influenza enfermedad y la vacuna. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y pido que me den la vacuna a mi o la persona nombrada o por quien yo estoy autorizada(o) para hacer este pedido. Estoy de acuerdo que esta información puede ser compartida con escuelas, con las guarderías, con proveedores medicos y con otros cuando es necesario médicamente. Comprendo que es mi responsabilidad de saber lo que mi plan de seguro cubre y concuerda en pagar la porción no cubrió por mi seguro medico. Comprendo que si el departamento de la salud Weber Morgan no tiene un contrato con mi compañía de seguros, y mi compañía de seguros niega pago, yo soy responsable de todas las cargas. Yo por la presente soy notificado que el Departamento de la Salud Weber Morgan tiene el ‘Aviso de cómo Ejercer la Privacidad’ en el sitio web www.webermorganhealth.org y yo he tenido una oportunidad de hacer preguntas acerca de cómo mi información de salud será utilizada.

La person que va recibir la vacuna:

1. Ha estado enfermo/a en la ultima semana con algo mas que gripa? No Si
2. Esta usando antibioticos o medicinas antivirales? No Si
3. ha tenido una reacción grave a una vacuna de gripe anterior? No Si
4. ha sido paralizado por Síndrome de Guillan-Barre? No Si
5. tiene una alergia grave a cualquier alimento o medicinas? No Si
6. está en la terapia de aspirina, la quimio/radioterapia? No Si
7. ha tenido cualquier inmunización en el mes pasado? No Si
8. tiene una enfermedad crónica como la enfermedad cardíaca, la enfermedad pulmonar, la diabetes, el asma, el riñón o la afección hepática, anemeia u otro desorden de sangre No Si
9. I have a preference as to which type of vaccine is given No Si
 If yes, Nasal Mist vaccine Injectable vaccine

Firma de Padre/Guardián: _____

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

<p>VFC SP UH469AA <input type="checkbox"/> 0.5 cc <input type="checkbox"/> 0.25 cc</p> <p>SP UH478AB <input type="checkbox"/> 0.5 cc <input type="checkbox"/> 0.25 cc</p> <p>SP U4122BA <input type="checkbox"/> 0.5 cc</p> <p>SP U4147AA <input type="checkbox"/> 0.5 cc</p> <p>SP UT4178BA <input type="checkbox"/> 0.25 cc</p> <p>Medimune Nasal <input type="checkbox"/> 501113P <input type="checkbox"/> YK2087</p>	<p>Weber SP UH470AD <input type="checkbox"/> 0.5 cc <input type="checkbox"/> 0.25 cc</p> <p>SP U4124AA <input type="checkbox"/> 0.5 cc</p> <p>SP UT4118CA <input type="checkbox"/> 0.25 cc</p> <p>Medimune Nasal <input type="checkbox"/> YK2087</p>
---	---

Site _____ Date _____

Nurse's Signature _____