

Escoja por favor uno de las siguientes categorías de pago:

- Mi niño no tiene aseguranza, favor de enviar \$6 de pago con su niño.
- Mi niño tiene aseguranza, pero no cubre vacunas. Favor de enviar \$6 con su niño.
- Mi niño tiene Medicaid/CHIP HMO Nombre: \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_.
- Mi niño tiene uno de los aseguranzas alistado en frente de esta forma.  
Nombre de aseguranza \_\_\_\_\_ Numero de Policy # \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_.
- Mi niño tiene aseguranza que cubre vacunas pero no está alistado en la forma. Favor de enviar un pago de \$45. Favor de marcar si gustaría un recibo enviada a su casa.  Si Favor, de enviar mi recibo.

**Aceptamos dinero efectivo o cheques. Escribe su cheque a favor de “WMHD”**

**WEBER MORGAN HEALTH DEPARTMENT  
Forma de Permiso**

*Favor de llenar con la información sobre la persona que va recibir la vacuna.*

Nombre Legal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Tele. de casa: \_\_\_\_\_ # Celular: \_\_\_\_\_  
 Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Me han dado la información de Tdap 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 médicos 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 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 lo 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](http://www.webermorganhealth.org) y yo he tenido una oportunidad de hacer preguntas acerca de cómo mi información de salud será utilizada.

La persona que va recibir la vacuna:

- 1. Ha estado enfermo/a en la última semana con algo más que gripa?  No  Si
- 2. ha tenido una reacción grave a una vacuna anterior de DTaP?  
Favor de mira sección #4 de las hojas informativas (engrapadas)  No  Si
- 3. tiene una alergia grave a cualquier alimento o medicinas?  No  Si

Firma de Padre o Guardián: \_\_\_\_\_

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

Preferred language \_\_\_\_\_ ; Homeless  Yes  No; Migrant or Seasonal Farm Worker  Yes  No

**VFC** SP C3921AA  0.5 cc **Weber** SP C4009BA  0.5 cc

Site \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Nurse’s Signature \_\_\_\_\_