



Georgia Department of Public Health  
District 4 Public Health

**COMPLETE TODO LA INFORMACION**

Spalding County Health Department

Consentimiento para la vacuna de la influenza 2023-

Nombre legal: imprima solo con tinta azul o negra. (No lápiz)

Apellido \_\_\_\_\_

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Hombre / Mujer \_\_\_\_\_ Casa/Número de celular \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: (Padre/Tutor/a)

Nombre \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Número Georgia Medicaid \_\_\_\_\_

Amerigroup, Medicaid/Peachcare, Peach state, CareSource

**Marque el tipo de Cobertura Medica**

Aetna / Cigna / Coventry / Blue Cross Blue Shield /

United Health Care/Medicare

# de póliza \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del titular de la póliza \_\_\_\_\_

\* *Haremos todo lo posible para facturar a su compañía de seguros. Si se rechaza el reclamo, se le enviará por correo una factura y una copia de la EOB.*

\* *Otra cobertura de seguro no mencionada anteriormente, el costo será de \$30.00. Dosis alta y Flublok son \$75.00.*

\* *Ningún seguro para el niño el costo será de \$ 21.93.*

**POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS**

Marque si alguna de las siguientes restricciones se aplica a la persona que recibe la vacuna contra la influenza:

¿Esta persona está enfermo/a hoy?

¿Alergia grave a los huevos, medicamentos, gelatina u otro componente de la vacuna?

¿Alguna vez tuvo una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna contra la influenza que requirió atención médica?

Historia del síndrome de Guillain-Barré (debilidad muscular temporal grave) después de recibir la vacuna contra la influenza

¿Recibió alguna vacuna en los últimos 30 días?

¿Alguna alergia al látex?

¿Está Embarazada?

**NINGUNA DE LAS ANTERIORES**

**Consentimiento para la vacuna de la influenza**

\_\_\_\_\_, Sí, quiero dar mi consentimiento para la vacuna contra la influenza.

*He recibido, leído y entendido la Declaración de información sobre vacunas de los CDC (6/8/2021) para la vacuna inactivada contra la influenza. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y comprender los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza. Solicito un consentimiento voluntario para que la vacuna contra la gripe se le administre a la persona mencionada anteriormente. Autorizo la divulgación de información de salud pública según lo exige la ley, para la recopilación de datos y la presentación de reclamos de reembolso directamente de Medicaid o de mi proveedor de seguros, si corresponde. Soy consciente de la necesidad de permanecer en la clínica durante 30 minutos después de recibir una inyección.*

Paciente/ Firma del tutor legal: \_\_\_\_\_

Inactivated Vaccine \_\_\_\_\_ Lot # \_\_\_\_\_ Expiration \_\_\_\_\_  
Live/Activated Vaccine \_\_\_\_\_ Lot # \_\_\_\_\_ Expiration \_\_\_\_\_

Nurse Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_