

Departamento de Salud Pública del Condado de Henderson  
**Formulario de consentimiento para la  
 vacuna contra la gripa para un estudiante**

Preguntas 828-694-6006

1. Escuela: \_\_\_\_\_  
 Estudiante quien va a recibir la vacuna: Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Hombre  Mujer Ethnicidad:  Hispano  No Hispano  
 Raza:  Africano Am  Am Nativo/Nativo Alaskeño  Asiano  Nativo de Hawái/ Islas de Pacifico  Blanco  Otra

2. Nombre de padre/tutor: Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección de Correo:  
 Calle/Apartado Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_

3. Asegurancia Primaria; favor de incluir una copia de la tarjeta; si no, llene la siguiente parte:  
 Medicaid  Health Choice  Private Insurance OR  Niño/a sin asegurancia (vacuna gratis)  
 ➡  Copia de tarjeta de seguro adjunta o completar la siguiente parte:

Nombre del suscriptor/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Número de póliza \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_  
 Número del niño/a \_\_\_\_\_ Ver ejemplo



Subscriber Name:	
JOHN DOE	01
Subscriber ID:	
YPPW123456789	
Members:	
JANE	02
SAM	03

Para cualquier otro seguro que no aparece en nuestra página web  
[https://www.hendersoncountync.gov/health/page/appointments-fees-insurance,](https://www.hendersoncountync.gov/health/page/appointments-fees-insurance)

4. A. ¿Una vez el estudiante tuvo una reacción severa a alguna vacuna?  Sí  No  
 B. ¿Tiene el estudiante alguna condición crónica de salud? Explique: \_\_\_\_\_  Sí  No  
 C. ¿Se le ha dado al estudiante alguna vacuna in las últimas 4 semanas? Cuales: \_\_\_\_\_  Sí  No

5. **Consentimiento para el Uso de Información de Salud Protegido y Reclamaciones de Cesión:** Tengo acceso a la Noticia de privacidad y doy permiso por la presente autorización para el uso y divulgación de información de salud personal de mi hijo/a con el fin de las operaciones de cuidado de la salud, junto con la asignación de todos los pagos de la asegurancia que aparece arriba para el Departamento de Salud Pública del Condado de Henderson.

**Autorización de vacunación:** He recibido la declaración de información de vacunas (VIS) para la vacuna contra la gripa y tuve la oportunidad de revisarla y hacer preguntas relevantes a ella. Me contestaron mis preguntas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de esta vacuna y autorizo la administración de la vacuna contra la gripa a mi hijo/a, por quien yo soy responsable.

➡ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Office Use Only:</b>	Allyssa Bishop _____	Heather Masington _____	Kim Berry _____
Is child sick today? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Alyse Cannaday _____	Jeanna Johnston _____	Krista Nelson _____
<input type="checkbox"/> STATE Eligible	Alice Elio _____	Jessika Robinson _____	Kyndle Frizzell _____
<input type="checkbox"/> PRIVATE Eligible	Amber Reece-Young _____	Judy Swensen _____	Megan Sales _____
DATE of Flu VIS: <u>8/7/2015</u>	Amy Chandler _____	Kayla McGuinn _____	Robbie Goolsby _____
<input type="checkbox"/> NCIR Entered	Bethany Markey _____	Keri Stepp _____	Sheila Devine _____
Vaccine: _____	Amber Osteen _____	Kelsey Hunsader _____	Ann Thomas _____
Lot Number: _____	Hannah Parks _____	Kim Ball _____	Jennifer McCallister _____
Route/Site: _____	Kristin Durnin _____		
Date: _____			