South Central Public Health District
Prevent. Promote. Protect.

Twin Falls – 208.737.5980
Heyburn – 208.678.8221 Jerome – 208.324.8838
Gooding – 208.934.4477 Bellevue – 208.788.4335

FORMULARIO DE REGISTRO DE VACUNAS CONTRA LA INFLUENZA

- ESCRIBA CLARO POR FAVOR

Apellido del Paciente	Primer Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	☐ Masculino ☐ Femenino
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono	Nombre del Padre/Tutor	Fecha de Nacimiento del Padre/Tutor	
¿El Paciente tiene Seguro Médico? ☐ SI ☐ NO	Nombre de la Compañía de Seguro Médico	Número de Identificación	Número de Grupo

Raza:
☐ Blanca ☐ Negra o Afroamericana ☐ India Americana o Nativa de Alaska
☐ Asiática ☐ Nativa Hawaiana U otra Isleña del Pacifico ☐ Otra ☐ Rechazo Especificar

Origen Étnico:
☐ No Hispano ☐ Hispano/Latino
☐ Otro ☐ Rechazo Especificar

Los adultos y niños con antecedentes de asma deben consultar a un profesional de la salud antes de recibir la vacuna en aerosol nasal FluMist.

		SI	NO	N/A
1.	**Pregunta sobre el ASMA:** Si el niño que va a recibir la vacuna tiene entre 2 y 4 años de edad: ¿Algún profesional de la salud le ha dicho que el niño ha tenido silbido en el pecho o ASMA en los últimos 12 meses?	☐	☐	☐
2.	**Pregunta sobre el ASMA:** Si la persona que va a recibir la vacuna tiene 5 años de edad o más y cuenta con un diagnóstico de ASMA:			
	¿Está actualmente bien controlado el asma?	☐	☐	☐
	¿Ha recibido usted o su hijo la vacuna FluMist en años anteriores sin problemas?	☐	☐	☐
	¿Desea recibir FluMist para usted o su hijo hoy?	☐	☐	☐
3.	¿La persona que se va a vacunar es menor de 2 años o mayor de 49 años?	☐	☐	☐
4.	¿La persona que se va a vacunar hoy está enferma?	☐	☐	☐
5.	¿La persona que se va a vacunar es alérgica a uno de los ingredientes de la vacuna contra la influenza?	☐	☐	☐
6.	¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave a la vacuna contra la influenza?	☐	☐	☐
7.	¿La persona que se va a vacunar tiene un problema de salud a largo plazo de enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones (incluido el asma), enfermedad de los riñones, enfermedad neurológica, enfermedad del hígado o enfermedad del metabolismo (p. ej., diabetes)?	☐	☐	☐
8.	¿La persona que se va a vacunar tiene a) un canal abierto entre el líquido cefalorraquídeo (LCR) y la boca, la garganta, la nariz o el oído o cualquier otra filtración craneal de LCR, o b) un implante coclear, o c) una afección inmunosupresora por cualquier causa (p. ej., medicamentos, inmunodeficiencia congénita o adquirida, infección por VIH o bazo ausente o no funcional [p. ej., a causa de anemia de células falciformes])?	☐	☐	☐
9.	¿La persona que se va a vacunar está tomando actualmente medicamentos antivirales contra la influenza o los ha tomado durante las últimas 3 semanas?	☐	☐	☐
10.	¿La persona que se va a vacunar es un niño o un adolescente de 6 meses a 17 años de edad y recibe terapia con aspirina o un medicamento con salicilatos?	☐	☐	☐
11.	¿La persona que se va a vacunar está embarazada o podría quedar embarazada el próximo 4 semanas?	☐	☐	☐
12.	¿La persona que se va a vacunar alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré?	☐	☐	☐
13.	¿La persona que se va a vacunar vive o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunitario está gravemente comprometido y que tiene que estar en aislamiento protector (p. ej., una sala de aislamiento de una unidad de trasplante de médula ósea)?	☐	☐	☐
14.	¿La persona que se va a vacunar recibió alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐

FIRMA DE CONSENTIMIENTO en la próxima página→

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS FINANCIEROS, PRIVACIDAD Y MEDICOS

- **Políticas completas:** Consulte nuestra información detallada sobre el consentimiento financiero y el aviso de prácticas de privacidad en www.phd5.idaho.gov.
- **Facturación y cobertura del seguro:** SCPHD facturará a su compañía de seguros como una cortesía. No se puede garantizar la cobertura ni el pago con todos los planes de seguro. A los pacientes sin seguro se les facturará directamente.
- **Titulares de pólizas TRICARE:** Por favor, presente el número de beneficios que aparece al reverso de su tarjeta de identificación.
- **Acceso a vacunas para niños:** Bajo el programa *Vaccines for Children* (VFC), no se negarán las vacunas recomendadas a ningún niño de 18 años o menos por falta de capacidad de pago.
- **Responsabilidad financiera:** Usted es el responsable final de todos los cargos incurridos. Al recibir los servicios, autoriza a SCPHD a divulgar la información médica necesaria para el procesamiento de reclamaciones y a asignar todos los beneficios del seguro directamente a SCPHD.
- **Apoyo y asistencia financiera:** Si no tiene seguro, tiene una cobertura insuficiente o preguntas sobre la facturación, comuníquese con nuestra oficina para recibir asistencia.
- **Privacidad e intercambio de información:** Tenga en cuenta que su compañía de seguros puede enviar la Explicación de Beneficios (EOB) y la Información de Salud Protegida (PHI) directamente al titular principal de la póliza.
- **Reporte al registro estatal (IRIS):** Los registros de vacunación se ingresarán en el Sistema de Información y Recordatorios de Inmunización de Idaho (IRIS). La participación en el registro es voluntaria; las instrucciones para eliminar los registros están disponibles a través del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho.
- **Exenciones de vacunas:** La vacunación es voluntaria. De conformidad con el Código de Idaho § 39-4802, los padres o tutores legales pueden presentar exenciones oficiales de vacunación directamente al distrito escolar de sus hijos.

PERMISO DE LOS PADRES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Consentimiento informado y toma de decisiones clínicas compartidas:** Reconozco que la administración de la vacuna sigue un modelo de toma de decisiones clínicas compartidas. He evaluado de forma independiente los riesgos, beneficios e indicaciones para mí o para mi hijo/a, consultando la Declaración de Información sobre Vacunas (VIS) de los CDC o a un proveedor de atención médica de cabecera. Un enfermero o enfermera del SCPHD revisará este formulario el día de la jornada de vacunación para formalizar la decisión compartida, y autorizo a que mi hijo/a reciba la vacuna en mi ausencia.

FluMist
Vacuna Atenuada contra la Influenza, viva, intranasal (de 2 a 49 años de edad)

Inyectable Flu
Vacuna contra la Influenza Inactivada (a partir de los 6 meses de edad)

- **Autorización legal y certificación:** Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir servicios médicos para mí o para mi hijo/a. Bajo pena de perjurio, certifico que soy el padre/madre legal o el tutor autorizado del menor que recibe la atención.

Firma: _____ **Fecha:** _____

SOLO PARA USO DE OFICINA

Vaccine	Site	Lot #	Vaccine	Site	Lot #
FluMist			Flublok		
Standard Flu			High Dose Flu		
			RC Flu		

Nurse Signature: _____ Date: _____

CSR Name: _____ School/Location: _____