

Sibley County Public Health and Human Services
111 8th Street, PO Box 237, Gaylord, MN 55334 (507) 237-4000, fax (507) 237-4031

Información sobre la persona a recibir la vacuna (por favor imprima claramente)				
Apellido, Nombre, Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	edad	M F	Hispano Non-hispano
Dirección: Calle, PO Box	Ciudad	Estado	Código	Postal Condado
# de Teléfono	Nombre de la Madre (nombre, segundo nombre, apellido)		Apellido Paterno	

La información de la vacuna podría ser compartida a través de La Conexión de Información por Inmunización (Vacuna) de Minnesota (MIIC en inglés) con otros proveedores de salud, escuelas, departamentos de salud y otros autorizados bajo la ley para recibirla. Si usted tiene preguntas, por favor comuníquese con su proveedor de salud. Si usted decide que no se comparta esta información con MIIC, por favor llame al 1-800-657-3970.

Tipode aseguranza

- Privada
- Medical/Asistencia Medica
- Medicare
- No aseguranza

"He leído o me han explicado la Declaración de Información de la Vacuna:" Vacuna Contra la Gripe: Lo Que Usted Necesita Saber. "He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción, y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza como se describe. Solicito que la vacuna se me aplique a mí o a la persona nombrada arriba para quien yo la estoy autorizando".

Firma del paciente o tuto legal:

x _____ Fecha _____

Favor de responder preguntas de salud abajo

Historial de Salud

Sí No

- 1. ¿Está enferma/o hoy? (Fiebre de 100.5 o superior el día de la clínica)
- 2. ¿Alguna vez ha tenido síndrome de Guillain-Barré dentro de las 6 semanas de una vacuna contra la gripe?
- 3. ¿Es usted alérgico/a los huevos?
- 4. ¿Tiene usted tiene una alergia mortal a un componente de la vacuna? Puede incluir antibióticos, gelatina ó latex
- 5. La persona a vacunar a tenido una reacción a una dosis de la vacuna de la Influenza que ha necesitado atención médica de inmediato?

Por Favor completar al reverso

FOR CLINIC USE ONLY

Vaccination Date	VIS 8/6/2021 Provided	Vaccine Manufacturer, Lot #, and Expiration Date	Dose	Site	Route	Vaccinator Signature
			0.5 ml	RD LD RVL LVL	IM	

Eligibility:	Payment (if uninsured):	Vaccine:
Insured (Private) MCHP child MCHP adult Uninsured _____ Underinsured	Unable _____ \$20.00 or _____ cash or check # _____ received by _____	Flulaval (Private) _____ CPT: 90686 Fluzone (Private) _____ CPT: 90686 Fluzone (VFC) _____ CPT: 90686 SL Fluarix (UUAV) _____ CPT: 90686 SL

POR FAVOR MARQUE UNO DE LAS SIGUIENTES:

Por favor adjunte una copia de ambos lados de su tarjeta de seguro con esta forma si:

- 1. Soy un adulto, de 19 años de edad o más. Tengo seguro que cubrirá las vacunas.
- 2. Mi hijo, de 18 años de edad o menor, tiene seguro que cubren las vacunas.
- 3. Mi hijo está en un programa de salud de Minnesota (Asistencia Médica, Minnesota Care o una asistencia médica de plan pre pagado).
- 4. Soy un adulto en un Programa de Salud de Minnesota (como se describe en la parte de arriba).

Ó

Si:

- 5. Mi hijo no tiene seguro de salud.
- 6. Mi niño es indio americano o nativo de Alaska. (Puede estar o no asegurado).
- 7. Mi hijo tiene seguro médico, pero no cubre el costo de la vacuna contra la gripe.
- 8. Mi hijo tiene seguro médico, pero tiene un "límite", y hemos alcanzado el límite por este año.
- 9. Soy un adulto sin seguro.
- 10. Soy un adulto con seguro insuficiente (no cubre la vacuna).

Si tiene usted preguntas acerca de elegibilidad por favor llame a nuestra oficina al 507-237-4000.