

# VACUNA DE LA GRIPE 2020-2021

(School) Pipestone Clínica Familia,  
916 4th Ave SW, Pipestone, MN 56164,  
(507) 825-5700.

Nombre Legal : Primero		Apellido	
Edad		Fecha de Nacimiento	
Dirección: Calle	Ciudad	Condado	Estado
Teléfono		Código Postal	
Nombre de los Padres		Nombre de la Escuela	

Los formularios vencen el 18 de septiembre de 2020

## Por Favor conteste las siguientes Preguntas

	Si	NO
1. La persona que se va a vacunar tiene una alergia grave a los huevos o al componente de la vacuna? Puede incluir antibioticos, gelatino o latex.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alguna vez la persona que se va a vacunar ha tenido una reaccion grave a la vacuna contra la influenza en el pasado? (Vacuna contra la gripe o niebla de la gripe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La persona que se va a vacunar alguna vez ha tenido el síndrome Guillan-Barre - es un tipo de debilidad en los músculos después de seis semanas de haber recibido la vacuna de la gripe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esta información es privada y no se compartirá con nadie excepto con facilidad de cuidado, escuelas, Departamento de Salud de Minnesota, facilidades de salud licenciadas y profesionales como los doctores y enfermeras, a seguranzas de salud, programa de Head Start, y agencias públicas de salud del condado. Me han dado, ofrecido, leído, o me han explicado la información sobre la influenza y la vacuna de la influenza. Tuve la oportunidad que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y los beneficios y pido que la vacuna se me provea a mi o a la persona mencionada arriba.

Asignatura de Beneficios y Responsabilidad de Pago: Esto nos permite a nosotros cobrarle a su a seguridad o compañía y recibir el pago directamente. Esto también quiere decir que usted está de acuerdo en pagar los servicios que no estén cubiertos por su plan de salud. Yo autorizo este proveedor de salud a cobrarle a mi plan de salud u otro pagador en mi favor, y recibir pago directo del beneficiario autorizado. Estoy de Acuerdo que es mi responsabilidad.

X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

Proporcione un numero de telefono donde pueda ser localizado el día de la clinica: \_\_\_\_\_

Mi seguridad Pagara **100%** de la vacuna de la gripe. Entre su información abajo o ponga copia de los dos Lados de su tarjeta  
Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_  
Dirección (Atrás de su tarjeta): \_\_\_\_\_  
Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
Dueño do Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Mi seguro no paga el 100% de la vacuna contra la gripe.  
Se adjunta un cheque por \$30.00 para la vacuna.  
Contra la gripe a nombre de: Pipestone Family Clinic. Se que tengo la opcion de llevar a mi hifo a la salud publica.

No tengo segur. Se adjunta un cheque por \$21.22 Pagadero a: Pipestone Family Clinic.

### Para uso en clinica / oficina

State / PFC (circle one)	<input type="checkbox"/> Paid \$ _____ by check. Check # _____ . Initials _____
If given at satellite/alternate clinic site, circle location: Edgerton Jasper Other _____	
Vaccine type/Dosage:	
Manufacturer:	
Lot#/Exp: _____	
Route: ITN Site of injection: RA / LA (IM)	Signature of person administering vaccine/Today's Date
Is the person to be vaccinated sick today? Yes / No	Scanned _____ Charge entered _____
VIS 8/15/2019 circle one	Recorded in EMR _____

