

## Clínica de vacunación contra la gripe 2023-2024

### Formularios vencidos el 13 de Octubre 2023

En un esfuerzo por reducir la transmisión de la influenza, Pipestone Family Clinic Avera llevará a cabo una clínica de vacunación contra la influenza. La vacuna no contiene conservantes. Si necesita la vacuna de dosis alta o tiene una alergia grave al huevo, comuníquese con las clínicas Edgerton o Pipestone para que le administren la vacuna en el consultorio médico. Hay una clínica de vacunación contra la gripe sin cita previa el jueves 5 de Octubre y el viernes 6 de Octubre <sup>de</sup> 9 a 4 p. m. en la Clínica Familiar Edgerton.

Si desea que su hijo menor o usted mismo reciban la vacuna durante la clínica de vacunación contra la gripe, complete los elementos que se enumeran a continuación. **Si responde “sí” a cualquiera de las preguntas del formulario de evaluación, hable con su médico antes de recibir la vacuna.**

- Complete el formulario/registro de detección de la vacuna contra la influenza. No se administrará una vacuna sin un formulario de evaluación completo y firmado.
- Lea la Hoja de información sobre vacunas adjunta para estar bien informado sobre la vacuna.
- Pago:  
La mayoría de los planes de seguro comerciales cubren el costo de la vacuna contra la gripe. PCMC no garantiza que su seguro o plan de atención médica cubra el costo de la vacuna o su administración. Cualquier cargo no reembolsado por un plan de atención médica será responsabilidad financiera de la persona que recibe la vacuna o de su padre/tutor. Comuníquese con su plan de atención médica si tiene alguna pregunta sobre la cobertura.  
Si su seguro no cubre el costo de la vacuna, o usted paga por su cuenta, consulte la tabla a continuación para determinar el costo de recibir la vacuna en la clínica de vacunas. Envíe el pago completo con el formulario de evaluación completo a la escuela antes de la fecha límite.

Edad del destinatario de la vacuna	Costo
18 y menos	\$21.22
19 y más	\$42.72

Por favor devuelva el formulario/registro de detección de vacuna contra la influenza completo y el pago, si corresponde, a la escuela de su hijo **a más tardar el 13 de Octubre**. **No** se aceptarán formularios después de esta fecha. **No se administrarán vacunas sin un formulario de consentimiento completamente completado y firmado junto con el pago, si corresponde.**

**Pipestone County Medical Center  
& Family Clinic**

916 4<sup>th</sup> Ave SW  
Pipestone, MN 56164



**Influenza Vacuna Poner en pantalla  
Formulario/Registro**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente a la anterior): \_\_\_\_\_

<b>POR FAVOR RESPUESTA ESTOS PREGUNTAS</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. Alguna vez recibió a gripe vacunación (incluido intranasal)?	QQ _____	_____
2. Alguna vez tenía a grave médico o alérgico reacción a Influenza vacunación (incluido intranasal)?	QQ _____	_____
3. Enfermo hoy: ¿fiebre de más de 100?	QQ _____	_____
4. Actualmente COVID-19 ¿positivo?	QQ _____	_____
5. Alérgico a componente de la vacuna?	QQ _____	_____
6. Historia de guillian barra Síndrome dentro 6 semanas de recepción el influenza ¿vacunación?	QQ _____	_____
7. En menos 18 años ?	QQ _____	_____
<b>8. Consentir a ingresar vacunación información en estado sitio web</b>	Q _____	Q _____

**Adicional detalles:**

\*Gente con huevo alergias poder recibir cualquier con licencia, recomendado edad apropiada influenza vacuna (IIV, RIV4, o LAIV4) eso es por lo demás apropiado.  
\*Gente OMS tener a historia de severo huevo alergia (aquellos OMS tener tenía cualquier síntoma otro que urticaria después exposición a huevo) debiera ser vacunado en a médico configuración, supervisado por a salud cuidado proveedor OMS es capaz a reconocer y gestionar severo alérgico reacciones.

\* El influenza vacuna debería no ser dado en COVID-19 + pacientes si ellos son actualmente febril con a temperatura encima 100 grados.

*de consentimiento :*

**I consentir a recibir el influenza vacuna.** I tener recibí y leer el Influenza Vacuna Información Hoja. I Se les ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad y el tratamiento. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna; sin embargo, con todas las vacunas no hay garantía de que me volveré inmune o que no experimentaré efectos secundarios. Por la presente solicito la vacuna contra la influenza para el año 2023-2024.

Asignación de Beneficios y Responsabilidades de Pago: Esto nos permite facturar a su plan de salud o compañía y recibir el pago directamente. También significa que acepta pagar los servicios que no cubre su plan de salud. Autorizo a este proveedor de salud a facturar a mi plan de salud o a otros pagadores en mi nombre y a recibir el pago directo de los beneficios autorizados. Acepto que es mi responsabilidad.

\_\_\_\_\_ a.m./p.m. \_\_\_\_\_  
Tiempo Fecha **Firma del paciente, padre o representante legal** Relación con el paciente

**SÓLO PARA USO DE CLÍNICA/OFICINA**

Q Si Q No \_\_\_\_\_  
( paciente o tutor) verbal/teléfono consentir para vacunación recibida. (Signo, Fecha y Hora)

<b>Vacuna: Influenza</b>	VIS fecha: Inactivado Influenza Vacuna (06/08/2021)		
<b>Fecha Vacuna administrada</b>	<b>Vacuna, fabricante, número de lote, fecha de caducidad</b>	<b>de administración (círculo):</b>	<b>Firma y Título de Administrador de vacunas</b>

		Deltoides izquierdo, (MI) Bien Deltoides, (SOY) Muslo Izquierdo, (IM) Muslo Derecho, (IM)	
--	--	---	--

Forma 0074-89 PD (23/9)  
401 (6/9/23 plantilla)

Este forma a ser usado solo en Avera ubicaciones

Registrado \_\_\_EMR\_\_\_ Partido \_\_\_

**Influenza Vacuna Poner en pantalla  
Formulario/Registro**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente a la anterior): \_\_\_\_\_

<b>POR FAVOR RESPUESTA ESTOS PREGUNTAS</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
1. Alguna vez recibió a gripe vacunación (incluido intranasal)?	QQ	_	_____
2. Alguna vez tenía a grave médico o alérgico reacción a Influenza vacunación (incluido intranasal)?	QQ	_	_____
3. Enfermo hoy: ¿fiebre de más de 100?	QQ	_	_____
4. Actualmente COVID-19 ¿positivo?	QQ	_	_____
5. Alérgico a componente de la vacuna?	QQ	_	_____
6. Historia de guillian barra Síndrome dentro 6 semanas de recepción el influenza ¿vacunación?	QQ	_	_____
7. En menos 18 años ?	QQ	_	_____
<b>8. Consentir a ingresar vacunación información en estado sitio web</b>	Q	Q	_____

*Adicional detalles:*

\*Gente con huevo alergias poder recibir cualquier con licencia, recomendado edad apropiada influenza vacuna (IIV, RIV4, o LAIV4) eso es por lo demás apropiado.

\*Gente OMS tener a historia de severo huevo alergia (aquellos OMS tener tenía cualquier síntoma otro que urticaria después exposición a huevo) debiera ser vacunado en a médico configuración, supervisado por a salud cuidado proveedor OMS es capaz a reconocer y gestionar severo alérgico reacciones.

\* El influenza vacuna debería no ser dado en COVID-19 + pacientes si ellos son actualmente febril con a temperatura encima 100 grados.

*de consentimiento :*

**I consentir a recibir el influenza vacuna.** I tener recibí y leer el Influenza Vacuna Información Hoja. I Se les ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad y el tratamiento. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna; sin embargo, con todas las vacunas no hay garantía de que me volveré inmune o que no experimentaré efectos secundarios. Por la presente solicito la vacuna contra la influenza para el año 2023-2024.

Asignación de Beneficios y Responsabilidades de Pago: Esto nos permite facturar a su plan de salud o compañía y recibir el pago directamente. También significa que acepta pagar los servicios que no cubre su plan de salud. Autorizo a este proveedor de salud a facturar a mi plan de salud o a otros pagadores en mi nombre y a recibir el pago directo de los beneficios autorizados. Acepto que es mi responsabilidad.

\_\_\_\_\_ a.m./p.m. \_\_\_\_\_  
Tiempo Fecha

**Firma del paciente, padre o representante legal**

Relación con el paciente

**SÓLO PARA USO DE CLÍNICA/OFICINA**

Si  No \_\_\_\_\_  
( paciente o tutor ) verbal/teléfono consentir para vacunación recibida. (Signo, Fecha y Hora)

<b>Vacuna: Influenza</b>	VIS fecha: Inactivado Influenza Vacuna (06/08/2021)		
<b>Fecha Vacuna administrada</b>	<b>Vacuna, fabricante, número de lote, fecha de caducidad</b>	<b>de administración (círculo):</b>	<b>Firma y Título de Administrador de vacunas</b>

		Deltoides izquierdo, (MI) Bien Deltoides, (SOY) Muslo Izquierdo, (IM) Muslo Derecho, (IM)	
--	--	---	--

Forma 0074-89 PD (23/9)  
401 (6/9/23 plantilla)

Este forma a ser usado solo en Avera ubicaciones

Registrado \_\_\_EMR\_\_\_ Partido \_\_\_

# Pipestone County Medical Center & Family Clinic

916 4th Ave SW  
Pipestone, Minnesota 56164



Sitio de vacunación: \_\_\_\_\_ Grado del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre de Familia / Guardian: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del padre/tutor: \_\_\_\_\_

## Formulario/Registro de Detección de Vacuna contra la Influenza

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente a la anterior): \_\_\_\_\_

POR FAVOR RESPONDA ESTAS PREGUNTAS	Sí	No	
1. ¿Alguna vez recibió una vacuna contra la gripe (incluida la intranasal)?	q	q	_____
2. ¿Alguna vez ha tenido una reacción médica o alérgica grave a ¿Vacunación contra la influenza (incluida la intranasal)?	q	q	_____
3. Enfermo hoy: ¿fiebre superior a 100?	q	q	_____
4. ¿Actualmente es positivo para COVID-19?	q	q	_____
5. ¿Alérgico al componente de la vacuna?	q	q	_____
6. Historia del síndrome de Guillian Barre dentro de las 6 semanas posteriores recibiendo la vacuna contra la influenza?	q	q	_____
7. ¿Tiene al menos 18 años?	q	q	_____
8. Consentimiento para ingresar información de vacunación en el sitio web estatal	q	q	_____

Detalles adicionales:

\*Las personas con alergia al huevo pueden recibir cualquier vacuna contra la influenza autorizada y recomendada para su edad (IIV, RIV4 o LAIV4) que sea apropiada.

\*Las personas que tienen antecedentes de alergia grave al huevo (aquellas que han tenido algún síntoma distinto de la urticaria después de la exposición al huevo) deben vacunarse en un entorno médico, supervisado por un proveedor de atención médica que sea capaz de reconocer y controlar reacciones alérgicas graves.

\* La vacuna contra la influenza no debe administrarse en pacientes con COVID+ si actualmente tienen fiebre y una temperatura superior a los 100 grados.

Declaración de consentimiento:

Doy mi consentimiento para recibir la vacuna contra la influenza. He recibido y leído la Hoja de información sobre la vacuna contra la influenza. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad y el tratamiento. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna; sin embargo, con todas las vacunas no hay garantía de que me volveré inmune o que no experimentaré efectos secundarios. Por la presente solicito la vacuna contra la influenza para el año 2023-2024.

Asignación de Beneficios y Responsabilidades de Pago: Esto nos permite facturar a su plan de salud o compañía y recibir el pago directamente. También significa que acepta pagar los servicios que no cubre su plan de salud. Autorizo a este proveedor de salud a facturar a mi plan de salud o a otros pagadores en mi nombre y a recibir el pago directo de los beneficios autorizados. Acepto que es mi responsabilidad.

\_\_\_\_\_ AM PM

Tiempo

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del paciente, padre o representante legal

Relación con el paciente

### SÓLO PARA USO DE CLÍNICA/OFICINA

q Sí q No

\_\_\_\_\_

(paciente o padre/tutor) consentimiento verbal/teléfono para la vacunación recibido. (Signo, Fecha y Hora)

Vacuna: Influenza	Fecha VIS: Vacuna antigripal inactivada (06/08/2021)		
Fecha Vacuna Administrado	Vacuna, Fabricante, Lote Número, fecha de vencimiento	Administración Sitio (círculo):	Firma y cargo del administrador de vacunas
		Deltoides izquierdo, (MI) Deltoides derecho (MI) Muslo Izquierdo, (IM) Muslo Derecho, (IM)	