CENTRAL DISTRICT HEALTH DEPARTMENT

☐ Boise Office 707 N. Armstrong Place, Boise, ID 83704 Teléfono (208) 327-7450
☐ Mountain Home Office 520 E. 8th N. Street, Mtn. Home ID 83647 Teléfono (208) 587-4407
☐ McCall Office 703 North 1st, McCall ID 83638 Teléfono (208) 630-8002

Para mejorar la salud de nuestras comunidades por identificando soluciones sostenibles en cuestiones de salud comunitario, formando asociaciones para llevar a cabo estrategias y demostrando nuestro éxito a través de medida de resultados.

INFORMACIÓN DE CLIENTE (IMPRIMA POR FAVOR)

Apellido: _____ Nombre: _____ Medio Inicial _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género: M F

Dirección: _____ Número de teléfono _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de padre o Guardián _____

Marque los que apliquen ***Ages 0-18 yrs only***

Medicaid / No Aseguran / Aseguransa / Indio Americano / Indio Alaska

REGLAS FINANCIERAS: Efectivo Julio 1, 2009

ASEGURANSA: Usted será responsable para el balance de sus vacunas y la administración de la vacuna si su aseguran sa no cubre. **CDHD tomara seguro primaria solamente!**

MEDICAID: Por favor presente su tarjeta de Medicaid al tiempo de registro. Servicios no cubiertos por Medicaid serán su responsabilidad.

Ninguna vacuna infantil será negada si no puede pagar. Por favor pregunte para información al tiempo de registro.

Seguro Primaria Relación al asegurado: si mismo esposo/a niño/a

Nombre de Seguro:_____ Nombre de asegurado:_____

Fecha de nacimiento del asegurado:_____ Teléfono:_____

ID#:_____ Numero de grupo:_____

Domicilio (si es diferente de lo de arriba):_____

Información de Medicaid

Nombre (como indicado en la tarjeta) :_____ Medicaid #_____

FOR OFFICE USE ONLY Payment Category: Staff Initials: _____

Cash	Credit / Debit Card	Check Number	3rd Party Billing Company Name
☐	☐	_____	_____

Completar por favor otro lado

Revised 10/7/09

CENTRAL DISTRICT HEALTH DEPARTMENT

Para mejorar la salud de nuestras comunidades por identificando soluciones sostenibles en cuestiones de salud comunitario, formando asociaciones para llevar a cabo estrategias y demostrando nuestro éxito a través de medida de resultados.

MAIN OFFICE *707 N Armstrong Place, Boise, ID 83704-0825 (208) 327-7450 Fax (208) 327-8580

Nombre del paciento:_____ **Fecha de nacimiento:**_____/_____/_____

CUESTIONARIO DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE **Para pacientes adultos o para los padres de niños que van hacer vacunados.** Las siguientes preguntas le ayudaran ha determinar si hay una razón por la cuál no debe recibir, usted o su niño, la vacuna inyectable de la gripe. Si usted contesta "si" alguna pregunta, no necesariamente significa que usted o su niño no debería ser vacunado.Solamente significa mas preguntas adicionales. Si alguna pregunta no es clara, por favor pregunte a su enfermera para que le expliqué.	SI	NO
La persona que se va a vacunar, ¿esta enferma el día de hoy?		
La persona que se va a vacunar, ¿tiene alergia a los huevos o a algún componente de la vacuna contra la influenza?		
La persona que se va a vacunar, ¿tuvo en el pasado alguna reacción seria a la vacuna contra la gripe?		
La persona que se va a vacuna, ¿tiene algún problema de salud a largo plazo de enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, alguna enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia o alguna otra enfermedad de la sangre?		
La persona que se va a vacuna, ¿tiene el sistema inmunológico débil debido al VIH/SIDA o a otra enfermedad que afecta el sistema inmunológico, tratamiento a largo plazo con medicamentos como esteroides, o tratamiento contra el cáncer con rayos X o medicamentos?		
La persona que se va a vacuna, ¿recibe terapia con aspirinas o terapia que contenga aspirina?		
La persona que se va a vacuna, ¿esta embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes?		
La persona que se va a vacunar, ¿vive, o espera tener contacto cercano, con una persona que tiene el sistema inmunológico gravemente afectado y que tiene que estar en un ambiente protegido (como una habitación de hospital con flujo de aire invertido)?		
La persona que se va a vacuna, ¿ha recibido alguna otra vacuna en las ultimas 4 semanas?		
La persona que se va a vacunar, ¿ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barre?		

He leído la información acerca de la gripe y he contestado verdaderamente todas las preguntas en esta forma. Yo también he recibido una copia de la Declaración de Información de vacuna para la gripe. He tenido una oportunidad de hacer Preguntas y Comprender Completamente los beneficios y los riesgos de vacunación con la gripe mi firma debajo indica mi permiso para recibir vacuna.

Firma de la persona que recibirá la vacuna o persona autorizada a hacer el pedio:

FIRMA X_____ **FECHA**_____

Date _____

Nurse Signature _____

Return Date _____

(FOR NURSES USE ONLY)