



Boise Office 707 N. Armstrong Place, Boise, ID 83704

Phone (208) 327-7450

Mountain Home Office 520 E. 8th N. Street, Mt. Home ID 83647

Phone (208) 587-4407

McCall Office 703 North 1st, McCall ID 83638

Phone (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.

INFORMACION DE CLIENTE (Imprima por favor)

(Solamente para Gripe)

Apellido: _____ Nombre: _____ Medio Inicial: _____

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

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Opcional

Cultura Hispano / No Hispano / Otro

Raza Blanco / Indio Americano / Negro / Alaska Nativa / Asían / Hawaiana – PAC Islandés / Desconocido

Teléfono: _____ Trabajo: _____ Mensaje: _____

Padres/Guardián _____ Apellido de Soltera de su Mama: _____

Marque los que apliquen *Edad 0—18 anos solamente*

Medicaid / No Aseguransa / Aseguransa / Indio Americano / Indio Alaska / Subasegurado*

*tiene aseguransa pero no cubre las vacunas

Nacimiento

Individual / Gemelo / Trillizo / Otro

El niño esta bajo el programa **WIC**? _____ Si _____ No

Información de Medicaid

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

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): _____

POR FAVOR DE LEER LO SIGUIENTE Y MARQUE

_____ Yo reconozco que fui dado una copia y yo he leído o me han explicado la nota de las Practicas de Privacidad de CDHD

_____ Reconozco que he sido dado una copia del Financiero y Política de cita la he leído y comprendo.

_____ Yo necesito asistencia financiera. La cantidad de personas en mi familia son _____ Mi mensual al mes es _____ Si lo deja vacío, o a 0, automáticamente cobraremos precio regular.

_____ Comprendo que las inmunizaciones de niñez no son obligatorias y pueden ser negados por religión o otro motivo.

_____ La participación en salir del Registro de Inmunizaciones (IRIS) es voluntario. Llame al Programa de Inmunizaciones de Idaho al 208.334.5931 si no quiere ser parte de IRIS necesita que escribir una carta pidiendo salir del Registro. Si no, las vacunas de sus hijos serán mantenidas en el sistema de IRIS.

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

FIRMA X _____ FECHA _____

CUESTIONARIO DE LA VACUNACION CONTRA LA GRIPE

Las siguientes preguntas le ayudaran ha determinar si hay una razón por la cual no debe recibir, usted o su niño, la vacuna inyectable de la gripe. Si usted contesta "si" a alguna pregunta, no necesariamente significa que usted o su niño no debería ser vacunado. Si alguna pregunta no es clara, por favor pregunte a su enfermera para que le explique.

¿Esta enfermo el paciente de hoy?	SI	NO	NO SABE
¿Es, el paciente alérgico a medicamentos, alimentos, o alguna vacuna? (Por ejemplo: huevos) Por favor de explicar: _____	SI	NO	NO SABE
¿Ha tenido el paciente alguna reacción seria después de ver recibido una vacuna? (Refuerzos o vacuna de gripe)	SI	NO	NO SABE
¿Ha tenido el paciente el síndrome de Guillain-Barre (un tipo de debilidad seria temporalmente en los músculos) convulsiones, o desordenes neurológicos?	SI	NO	NO SABE
¿Tiene el paciente cáncer, leucemia, HIV/Sida, problemas del sistema inmunológico o tiene contacto cercano con una persona que tenga que tener un ambiente protegido (por ejemplo, algún que acaba de tener un trasplante de medula ósea)?	SI	NO	NO SABE
¿Toma el paciente cortisona, prednisona, otros esteroides, drogas anti-cáncer o ha estado expuesto a un tratamiento con rayos X? Toma aspirina a largo plazo? Cuantas aspirinas al día: _____	SI	NO	NO SABE
¿Durante el ultimo ano , a recibido, el paciente transfusión de sangre, o le han dado, al paciente medicina llamada globulina (gamma) inmune? Si, cuando? mes _____ día _____	SI	NO	NO SABE
¿Ha recibido el paciente vacunas de MMR, Varicela, Rotavirus o Influenza intranasal en las ultimas 4 semanas ? Si, cuando: mes _____ día _____	SI	NO	NO SABE
¿Tiene el paciente alguno de los siguiente: asma, diabetes (o alguna otra enfermedad metabólica), o enfermedad de los riñones, del corazón, de los pulmones, los nervios, el hígado, o enfermedad de la sangre?	SI	NO	NO SABE
¿Ha tenido, el paciente la enfermedad de varicela? Si, cuando? _____	SI	NO	NO SABE
¿El paciente fuma?	SI	NO	NO SABE
Para las mujeres: ¿Esta, usted embarazada o podría estar embarazada durante el próximo mes?	SI	NO	NO SABE

CONSENTIMIENTO

He leído o me an explicado la información acerca de la gripe. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la gripe. Yo **DOY ME CONSENTIMIENTO** para que el Departamento de Salud Central y sus empleados me vacunen a me o a mi hijo(a) quien sea indicado frente de esta forma.

Cliente/firma de Padre: _____

Su relación al cliente: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Payment Category:

Staff initials: _____

Cash

Credit/Debit Card

Check Number

Insurance

Medicaid

Slide

Date _____

Nurse Signature _____

Return Date _____

(FOR NURSES USE ONLY)