

CUMBERLAND COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH

Date: / /

309 Buck Street

NJIS# _____

Report #: _____

MILLVILLE, NJ 08332

TEL: 856-327-7602

Formulario de Consentimiento para la Vacuna contra la

Health Dept.

Location: _____

Niño

VFC

VIS Date: 08/06/2021

Temperatura: _____

Sección 1: (ESCRIBA SU NOMBRE) VIS Date Given: _____

APELLIDO	NOMBRE	M.I.	FECHA DE NACIMIENTO Y EDAD _____ / _____ / _____ <small>(mes) (día) (año)</small>		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	GENERO <small>(marque uno)</small> F or M	
MUNICIPIO	<input type="checkbox"/> Bridgeton <input type="checkbox"/> Fairfield Twp. <input type="checkbox"/> Lawrence Twp.	<input type="checkbox"/> Commercial Twp. <input type="checkbox"/> Greenwich Twp. <input type="checkbox"/> Maurice River Twp.	<input type="checkbox"/> Deerfield Twp. <input type="checkbox"/> Hopewell Twp. <input type="checkbox"/> Millville	<input type="checkbox"/> Vineland <input type="checkbox"/> Downe Twp. <input type="checkbox"/> Shiloh	<input type="checkbox"/> Stow Creek Twp. <input type="checkbox"/> Upper Deerfield Twp. <input type="checkbox"/> Otro _____
SSN <small>(opcional)</small> [][][] [][][] [][][] [][][] [][][] [][][] [][][] [][][]			TELÉFONO		

Sección 2: Seguro

MEDICAID Numero de Poliza: _____	SEGURO PRIVADO Nombre: _____
<input type="checkbox"/> Plan A <input type="checkbox"/> Plan B <input type="checkbox"/> Plan C <input type="checkbox"/> Plan D <input type="checkbox"/> Otro	Numero de Poliza: _____
<input type="checkbox"/> No Tengo Seguro	

Sección 3: Consentimiento para la Vacunación

Autorizo a la presentación de la reclamación a Medicare, Medicaid o cualquier otro pagador por los servicios proporcionados a mi hijo/a por CCDOH ahora, en el pasado o en el futuro, o hasta que yo revoque esta autorización, por escrito, por correo certificado. Entiendo que una reclamación de seguro no se presentará si yo eligo optar por la facturación del seguro. Estoy de acuerdo en remitir inmediatamente a CCDOH cualquier pago que recibe directamente de seguros o de cualquier fuente de los servicios prestados a mí y cedo todos los derechos sobre dichos pagos a CCDOH. Autorizo a CCDOH apelar denegaciones de pago u otras decisiones adversas en mi nombre sin necesidad de autorización. Autorizo y ordeno a cualquier poseedor de un seguro médico, facturación u otra información revelante sobre mí para liberar di-cha información a CCDOH y sus agentes de facturación, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid y/o cualquier otros pagadores o aseguradores, y sus respectivos agentes o contratistas, que sean necesarios para determinar estas u otras beneficios pagaderos por los servicios proporcionado a mí por CCDOH, ahora, en el pasado o en el futuro. Yo también autorizo a CCDOH a obtener información médica, de seguros, de facturas y otra información relevante acerca de mí de cualquier partido, base de datos u otra fuente que mantiene dicha información. Yo / nosotros solicito el pago de cualquier beneficio de seguro médico de ir directamente a CCDOH. Yo / nosotros autorizo que esta copia de autorización sea utilizada en lugar de la original. Yo / Nosotros entendemos que la polica usual de CCDOH es que el pago se debe en el momento del servicio. Una copia de este formulario es tan válida como el original. He recibido la Información sobre Vacunación para la Vacuna contra la Influenza para la temporada de gripe actual y entiendo los riesgos y beneficios. Las inmunizaciones proporcionado a través del Departamento de Salud del Programa VFC NJ serán registrados en NJISS (Sistema de Información sobre Inmunizaciones NJ). Lista de Tarifa está disponible bajo petición.

Doy mi consentimiento al Departamento de Salud del Condado de Cumberland para administrar la vacuna contra la influenza a mí oa la persona nombrada arriba por quien estoy autorizado para dar su consentimiento, ya que su padre / madre / tutor legal.

Firma _____ Fecha: _____ / _____ / _____
(mes) (día) (año)

(Escriba) _____ Relación : _____

Sección 4: Detección para la elegibilidad de la vacuna* Ú[!Á

Cuestionario de contraindicaciones para la vacuna intranasal viva atenuada contra la influenza

Para pacientes de 2 a 18 años: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay algún motivo por el cual no deberíamos aplicar hoy la vacuna intranasal viva atenuada contra la influenza (o gripe) (FluMist) a usted o a su hijo. Si contesta "sí" a alguna de las preguntas, eso no siempre quiere decir que usted (o su hijo) no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerles más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	Si	No	No Sabe
1. Leyó las preguntas de detección de COVID-19 y habló con el personal de CCDOH si es necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma el día de hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La persona que se va a vacunar, ¿tiene alergia a los huevos o a algún componente de la vacuna contra la influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo en el pasado alguna reacción seria a la vacuna intranasal contra la influenza (FluMist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La persona que se va a vacunar, ¿tiene menos de 2 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La persona que se va a vacunar, ¿tiene algún problema de salud a largo plazo de enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, enfermedad neurológica o neuromuscular, enfermedad del hígado, alguna enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia o alguna otra enfermedad de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si la persona que se va a vacunar es un niño de 2 a 4 años, en los últimos 12 meses, ¿algún profesional de la salud le dijo que el niño tenía sibilancias o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. La persona que se va a vacunar, ¿tiene el sistema inmunológico débil debido al VIH/SIDA o a otra enfermedad que afecta el sistema inmunológico, o en los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que debiliten su sistema inmunológico, tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. La persona que se va a vacunar, ¿recibe medicamentos antivirales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. El niño o adolescente que se va a vacunar, ¿recibe terapia con aspirina o terapia que contenga aspirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. La persona que se va a vacunar, está embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La persona que se va a vacunar, ¿ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. La persona que se va a vacunar, ¿vive, o espera tener contacto cercano, con una persona con el sistema inmunológico gravemente afectado y que tiene que estar en un ambiente protegido y aislado (por ejemplo, una habitación de aislamiento de una unidad de trasplante de médula ósea)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. La persona que se va a vacunar, ¿ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario llenado por: _____	Fecha: _____ / _____ / _____ (mes) (día) (año)
Formulari revisado por: _____	Fecha: _____ / _____ / _____ (mes) (día) (año)

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE)

Vaccine	Date 1st Dose Administered	Date 2nd Dose Administered	Route/Site		Staff Signature	Seqirus Vaccine Manufacturer	Lot Number/ Exp Date
			1st Dose	2nd Dose			
Injectable Influenz			IM <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	IM <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L			
			<input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Leg	<input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Leg			

<u>Vaccine</u>	<u>Description</u>
XXXXX	Flulaval Quadrivalent 0.5 mL, for ages 6 months and above
XXXXX	VFC: Fluarix Quadrivalent 0.5 mL, for ages 6 months and above