

ARKANSAS DEPARTMENT OF HEALTH INFLUENZA SEASON -- IMMUNIZATION CONSENT FORM

For ADH use only	ADH Clinic Code: _____	School LEA #: _____	Date Of Service: _____
School Name: _____	School Grade: _____	<input type="checkbox"/> State	<input type="checkbox"/> VFC <input type="checkbox"/> SCHIP

El NOMBRE de la Persona que Recibe la Vacuna:

El Nombre de Pila: _____ MI: _____ El Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: / /

1. HISTORIAL MEDICO: Conteste las siguientes preguntas de la persona que recibe la vacuna.

	SI	NO	
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica seria a los huevos? En caso afirmativo, como precaución, se recomienda que no reciba la vacuna de la gripe hasta que haya consultado a su medico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si alguna de las respuestas es SI, usted quizá no pueda recibir la vacuna de la gripe
¿Ha tenido alguna vez una reacción seria a dosis previas de vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha tenido alguna vez el Síndrome Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular severa temporal) dentro de las 6 semanas siguientes después de haber recibido la vacuna antigripal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La maestra de infantil: _____ (Para el uso clínica de la escuela)			

2. Liberación y Asignación:

He leído o me han explicado las declaraciones informativas del año acerca de la Vacuna de la Gripe Inactiva con fecha 08/07/2015, y entiendo los riesgos y los beneficios.

Doy mi consentimiento al Departamento de Salud Estatal/Local y a su personal para que el individuo cuyo nombre se encuentran abajo sea vacunado con la vacuna antigripal.

Yo, por este conducto, declaro que he revisado la copia de la Noticia de Privacidad del Departamento de Salud de Arkansas.

Entiendo que la información acerca de esta vacunación antigripal será incluida en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Arkansas.

Para mi Portador de Seguro (s):

- Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo(s) al seguro.
- Autorizo y solicito el pago de los beneficios médicos directamente al Departamento de Salud de Arkansas.
- Estoy de acuerdo que la autorización cubrirá todos los servicios médicos rendidos hasta que dicha autorizaciones sea revocada por me.
- Estoy de acuerdo en que una fotocopia de esta forma sea usada en vez de la original.

Liberación y Asignación.

La Noticia de Privacidad del Departamento de Salud de Arkansas se encuentra disponible en el website www.healthy.arkansas.gov, en la clínica, o adjunto a esta forma.

Firme en la primera línea en el cuadro a la derecha.

Por favor firme aquí

Mi firma abajo indica que he leído, entendido, y estoy de acuerdo con la **sección 2. Hoja de consentimiento de inmunización – Liberación y Asignación** para la temporada gripal.

Firma del Paciente/Padre/Guardián:

_____ fecha _____

Signature and Title of Vaccine Administrator:

_____ date _____

3. Información del PACIENTE:

Primera Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Apellido _____
 Fecha de Nacimiento: / / Genero: Masculino Femenino Numero Telefónico _____
 Dirección: _____ CORREOS. Caja _____ Apto. No. _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal:
 Raza: Blanco Hispano/Latino Negro/Africano-Americano Indio Americano/Nativo de Alaska
 Asiático Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacifico Otro

4. ESTATUS DEL SEGURO (Marque el cuadro apropiado):

Relación del Paciente con el titular de la póliza: Si mismo Esposo/a Hijo/a Otro
 Número de Medicaid/ARKids:
 Número de Medicare:
 Nombre de la Compañía de Seguros _____
 Número de Identificación /Póliza #:

Información REQUERIDA del TITULAR DE LA POLIZA:

Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo nombre _____ Apellido: _____
 Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: / /
 Nombre de la empresa donde trabaja el Titular de la Póliza: _____

5. Flu Vaccine Administration (Completed by ADH staff only)

Site Codes: Right Arm = RA,
 Right Leg = RL, Left Arm =
 LA, Left Leg = LL

SHOT CODE:

- 48: Quadrivalent (P-F) 6- 35 months
- 44: Quadrivalent (P-F) ≥ 3 years

Flu Vaccine	Route	Site Code	Dosage mL.	Dose Number (1 st or 2 nd)	MFG Code	Lot Number	Is a 2 nd dose needed?	
	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal						YES	NO

Date Vaccine Administered: _____ / _____ / _____