

FORMA DE PERMISO INMUNIZACIÓN
Iniciativa de Vacunación Contra la Gripe de Sitio de la Escuela

Por favor complete ambos lados de este formulario y volver a la escuela de su hijo más tardar el 26 de septiembre de 2024.

INFORMACION SOBRE EL NIÑO(A)

Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
Años:	Sexo:	Raza:	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> no hispanos
Escuela:		Grado:	Teacher:
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	ZIP:
Teléfono:			
Nombre del padre o guardián:		Relación con este niño:	
Nombre del contacto de emergencia:		Teléfono de contacto de emergencia:	
Idioma preferido: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> española <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique):			

¿Este niño alguna vez una reacción alérgica grave a la vacuna contra la gripe? Si No

¿Este niño ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain Barre? Si No

MARQUE TODO LO QUE ES CIERTO Y FIRME ABAJO:

AUTORIZACIÓN DE VACUNACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE VIS

- Si, yo doy permiso para que mi hijo(a) reciba la vacuna conjugada contra la gripe, como se indica en la escuela.
- Yo he leído la información sobre la vacuna la gripe y me han sido respondido mis preguntas.

CONOCIMIENTO DE RECIBIR EL AVISO DE PRIVACIDAD

El aviso de privacidad de Transylvania Public Health está disponible en transylvaniahealth.org/schoofflu. Su firma a continuación reconoce que le hemos entregado una copia de nuestro Aviso de Privacidad, que explica cómo se manejará su información de salud en diversas situaciones. Debemos intentar que firme este formulario en su primera fecha de servicio con nosotros.

- Yo he recibido el aviso de privacidad del Condado de Transylvania.
- Yo he tenido la oportunidad de discutir mis inquietudes y preguntas sobre la privacidad de la información de salud.

Firma del paciente (Padre/tutor si el paciente es menor de 18)

Fecha

NOTIFICACIÓN DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Transylvania Public Health participa en el intercambio de información de salud de NC HealthConnex. Su información se incluirá automáticamente en este sistema seguro después de cada visita. Si prefiere no participar, puede completar el formulario de exclusión voluntaria del paciente y enviarlo a la oficina comercial de NC HIEA. Los formularios están disponibles en el sitio web de NC HIEA (nchealthconnex.gov) y en nuestro lobby.

(COMPLETAR EL OTRO LADO)

INFORMACION DEL COSTO DE LA VACUNA Y EL COBRO

La vacuna contra la gripe cuesta \$41. Los niños sin seguro médico o que tienen Medicaid reciben estas vacunas sin costo alguno. Muchas compañías de seguros privadas cubren el costo al 100%.

Si su niño tiene seguro con Aetna, Blue Cross Blue Shield, o Cigna, nosotros podemos llenar el reclamo en su favor por esta vacuna. Su firma arriba autoriza a Transylvania Public Health a dar la información necesaria para el proceso de cualquier reclamo para pago. Usted recibirá una factura por la cantidad no cubierta por el seguro.

Si usted tiene una compañía de seguros privada diferente, nosotros aceptaremos pago por medio de cheque hecho a Transylvania Public Health o contactándonos al 828-884-3135 y preguntando por arreglo de prepago de las vacunas la gripe. Le daremos a usted un recibo para su reclamo de reembolso con su compañía de seguros. Tenga en cuenta que otras compañías de seguros consideran que Transylvania Public Health es un proveedor fuera de la red. El pago se debe recibir antes de que se le pueda administrar la vacuna contra la gripe a su niño.

FONDO FEDERAL/INFORMACION DE SEGURO

- Este niño es Indoamericano o nativo de Alaska *(Esta información se necesita para el cobro del seguro y para propósitos de fondos federales. No impide a su niño de recibir las vacunas con este programa y no será compartida con nadie.)*

Este niño está cubierto con el siguiente seguro: *(Esta información es muy importante para propósitos de cobro.)*

- No seguro / no cobertura médica
- Medicaid Identificación del destinatario _____
- Aetna Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____
Identificación del suscriptor _____
- Blue Cross Blue Shield Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____
Identificación del suscriptor _____ Miembro # ____ (01, 02, etc.)
- Cigna Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____
Identificación del suscriptor _____
- Otro seguro privado Pague \$41 con cheque o llame al 828-884-3135 para coordinar el pago.

(Sólo para uso de oficina)

Transylvania County staff should complete if ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF PRIVACY NOTICE is not signed:

Does patient have a copy of the Privacy Notice? Yes No

Please explain why the patient was unable to sign the form and Transylvania County’s efforts in trying to obtain the signature:

Consent form should be present with the child at the time of vaccination for verification of parental consent and accurate documentation.

Does this child currently have a fever with a temperature above 100 F? Yes No

Date Vaccine Given	Type of Vaccine	Site/Route	Mfr./ Lot #	Date VIS Printed	Date VIS Given	Nurse Signature
	Flu	L R Deltoid/ IM		8/6/21	9/18/24	

Checked NCIR: Yes No