Georgia Department of Public Health
Coastal Health District

INFORMACION DE VACUNA Y FORMA DE CONSENTIMIENTO

Nombre: _____ _____ _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Calle: _____ _____ _____ _____
Calle Cuidad Estado Código Postal

Teléfono: (_____)_____--_____ _____
Numero de Casa SSN

Fecha de Nacimiento: _____--_____--_____	Edad:	**Genero:** ☐Hombre ☐ Mujer	**Lengua Primaria:** ☐ Ingles ☐Otro _____	**Etnicidad: (cheque 1)** ☐ No Hispánico ☐ Hispánico ☐No Identificado

Raza: (cheque 1) ☐Asían/Polinesia ☐Moreno ☐Multirracial ☐Blanco ☐Nativo Americano/Alaskan ☐No Identificado

Por favor de respuesta al cuestionario de salud abajo:	**Si**	**No**	**No Se**
1. Estas enfermo hoy?			
2. Tienes alergia a cierta comida, ciertas vacunas, componente de vacuna, o látex?			
3. Has tenido una reacción seria después de recibir una vacuna?			
4. Has recibido cualquier vacuna en las últimas cuatro semanas?			
5. Tú o alguien que vive contigo o cuidas tiene un sistema inmunológico débil?			
6. Tienes un historial médico de convulsiones o condiciones neurológico?			
7. Tú o alguien que vive contigo o cuidas toma esteroides, drogas de anti-cáncer o tratamientos de rayos x?			
8. Es posible que estés embarazada o puedes embarazarte en las próximas cuatro semanas?			
9. En el último año has recibido sangre o plasma o le han dado globulina inmune?			

Aseguranza/Información de Pago (cheque uno)

☐ Pago Al Contado – Cantidad $ ☐ Pago del Empleo – Nombre de la Compañía:

☐ Medicaid # ☐ Medicare # Otro:

☐Ambetter ☐BlueCross/BlueShield ☐Cigna ☐United Health ☐Aetna ☐Coventry ☐Humana ☐TRICARE Standard **Only**

Numero de Grupo o Nombre: Numero de Aseguranza #:

Por Favor incluye su tarjeta de Aseguranza para hacer copia y adjunto a esta forma.

Me han dado una copia y lo he leído, o me han explicado, la información en esta declaración de Información de Vacuna por las vacunas indicadas. He tenido la oportunidad de preguntar cuestiones que han respondido a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas pedidos y que me administren estas vacunas o la persona nombrada que me ha dado autorización para hacer esta solicitud.

Para Beneficiarias de Medicare con Parte B: Yo autorizo el renuncio de cualquier información médico u otra información necesaria para procesar esta reclamación. Yo solicito pago de beneficios del gobierno a mi o tercera persona que acepte esta asignación. Yo autorizo pago de beneficios medico al doctor o proveedor para los servicios describió.

Es recomendado que cualquier persona recibiendo una vacuna se quede por 20 minutos después de vacunándose antes de irse.

_____ _____ **X**_____
Fecha **Nombre Imprimido** **Firma**

OFFICE USE ONLY		**Record of Immunization**					**OFFICE USE ONLY**	
Vacc	**Manf**	**Lot #**	**Exp**	**Dsg**	**Rte**	**Ste**	**VIS**	**Nurse**

Date of Vaccination _____

Revised August 2018