



Tulsa Public Schools Influenza Estacional y Pneumococcal Data Entry Form

Yo he leído o se me ha explicado sobre la hoja de Información de las vacunas acerca de la enfermedad (es) de la vacuna de la Influenza o de la Neumocócica. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que me fueron contestadas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna (s) y pido que se me apliquen las vacunas a mí o a la persona por quien estoy autorizado para hacer esta petición. Yo he leído el Artículo de Información Sobre prácticas de Salud (HIPPA) y entiendo que mi información puede ser proporcionada a oficiales de escuelas, oficiales de salud pública, profesionales de salud, y entidades de facture del seguro medico.

Apellido		Primer Nombre		2do Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección				Ciudad	Estado	Código Postal	
Número De Teléfono ()		Seguro Social	Étnica: Origen Hispano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Raza : <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro Pacifico Islandés			
Lenguaje: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado			Nivel de Education:		
El Paciente tiene Medicaid: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Numero: _____		Nombre completo como está escrito en la tarjeta de Medicaid			Apellido de soltera de la madre: <i>(requerido para menores)</i>		
¿Tiene Medicare Parte B? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Medicare es principal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Numero de Medicare: <input type="checkbox"/> Tengo seguro médico privado. Nombre: _____ <input type="checkbox"/> Mi seguro si paga por la vacuna de la gripe. <input type="checkbox"/> No tengo seguro medico.			
<i>Si no tiene seguro medico o su seguro no paga por la vacuna y quiere ser considerado para recibir la vacuna sin costo, denos la siguiente información.</i>							
Ingreso bruto de la familia: Por favor indique la cantidad total de su ingreso por año: \$ _____				Número de personas mantenidas por este ingreso _____			
<input type="checkbox"/> Yo elijo no reportar mi ingreso. Yo entiendo que tendré que pagar para recibir la vacuna de la gripe.		Nos da permiso para contactarnos con usted: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Firma del paciente o padre/guardián: X _____			

Preguntas Médicas

Para Adultos solicitando la vacuna de la neumonía.

¿El paciente ha recibido la vacuna contra la neumonía? Si No

Conteste las preguntas si el niño tiene 8 años o menor.

¿Su hijo/a alguna vez ha recibido la vacuna de la influenza? Si No

¿Cuántas dosis de la vacuna Influenza a recibo su hijo/a desde el 2009? 0 1 2

Preguntas de verificación para la vacuna de la gripe

1. ¿Sufre hoy de fiebre, infección u otra enfermedad? Si No
2. ¿Has tenido una reacción a la vacuna de la influenza? Si No
3. ¿Tiene alergia a huevos de gallina, látex, thimerosal (merthiolate)? Si No
4. ¿Ha sufrido del síndrome Guillain-Barre (enfermedad de parálisis)? Si No

Preguntas de verificación para el Roció Nasal

Para personas de 2 a 49 años deseando el Roció Nasal

1. ¿Estás embarazada? Si No
2. ¿Es el paciente un niño/a o adolescente con tratamiento prolongado de aspirina? Si No
3. ¿En el último año ha tenido uno o más episodios de respiración asmática? Si No
4. ¿Tiene problemas de salud con el corazón, pulmones, riñones, etc.? Si No
5. Específicamente para niños entre 2-4 años: Padres, se les han dicho que su niño/a a tenido asma o dificultad de respiración (silbido en el pecho). Si No
6. ¿Tiene alergia a huevos, arginina, gentamicina o gelatina? Si No
7. ¿Está tomando un antibiótico o ha tomado en las últimas 48 horas? Si No
8. ¿Sufre de sistema inmunológico debilitado o tiene contacto con alguien que sufre de la enfermedad? Si No
9. ¿La persona que será vacunada ha recibido otra vacuna en las últimas 4 semanas? Si No

For Office Use only – Do not Write Below

VFC Status: 1–Medicaid 2–Native American 3 –Native Alaskan 4–Underinsured 5–No Insurance 6–Private Insurance

Payment Source: No Charge Charge \$ _____ Cash Check # _____ Vendor Bill: _____ Community Care

Vaccine Type	Date	Lot Number	Site	Signature / Initials	Vaccine Type	Date	Lot Number	Site	Signature / Initials
FLUAFLURIA 9-18y VFC					FLUARIX 3y & up				
FLUARIX 3-18y VFC					FLULAVAL 18y & up				
FLUMIST VFC					FLUVIRIN 4y & up				
FLUZONE 6m-18y VFC					FLUZONE ID				
FLUZONE 3-18y VFC					FLUZONE 65y & up				
FLUZONE 6-35m									
FLUVIRIN 4-18y VFC					FLUZONE 6m & up				
					PNEUMOVAX				

Site / Route: 1 = RVL / IM 2 =LVL / IM 3= RD / IM 4 = LD / IM 9 = Other / Nasal 12 = RT Deltoid Region ID 13 = LT Deltoid Region ID