

Auto-Servicio Clínica de Vacunación Contra la Gripe



Vacunarse contra la gripe aquí

Topaz Ranch Estates	Indian Hills Senior Center	Douglas County Community Center	Kahle Community Center
Oct. 5, 2021 10am-12pm	Oct. 6, 2021 10am-1pm	Oct. 13, 2021 9am-12pm	Oct. 15, 2021 11am-2pm

Por favor, use una máscara. Todas las edades son bienvenidas. Disponibilidad limitada de vacunas. Por orden de llegada.

Nosotros facturamos al Seguro de Nevada Medicaid, Medicare y la mayoría de seguros privados.

Por favor traiga sus tarjetas de seguro. Los pacientes asegurados son responsables de confirmar su cobertura de vacunación contra la influenza con su compañía de seguros.

Para personas sin seguro o con seguro insuficiente, la vacuna contra la gripe cuesta \$20.



Para más información, llame a (775) 782-9038

Douglas County Community Health Immunization Questionnaire

Escriba claro el nombre de la persona a vacunarse: _____ Apellido de soltera: _____
 Nombre _____ Teléfono #: (____) _____
 Dirección _____ Ciudad/Estad/Código Postal: _____
 Fecha de Nacimiento Mes ____ / Día ____ / Año ____ Edad de Hoy ____ Sexo F M Le ha dado Varicela Sí No

Raza (Marque sólo una casilla)	Etnicidad (Marque sólo una casilla)	Número de Seguro Social #
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacifico	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino	_____ - _____ - _____ <small>si quiere acceso al expediente en línea de las vacunas</small>

Estafo de Cobertura Medico (Marque sólo una casilla)

<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> No tiene seguro Médico	<input type="checkbox"/> Medicare #: _____
<input type="checkbox"/> NV Check Up	<input type="checkbox"/> Tiene seguro Médico, pero no cubre las vacunas	

Seguro Médico Privado _____ **ID#** _____

Nombre de la persona primaria : _____ **Fecha de Nacimiento** Mes ____ / Día ____ / ____

Relación con la persona a vacunarse: Yo Esposo/Esposa Padre/Madre Abuelo/Abuela Otro _____

ATENCIÓN: Se le informa que debe esperarse 15 minutos después de recibir su vacuna antes de manejar.

Favor de contestar las siguientes preguntas sobre LA PERSONA que se va a vacunar

1. ¿Esta enfermo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Expuesto a alguien enfermo (con o sin COVID) en los últimos 14 días? Si sí, cuándo: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Es alérgico a los huevos, medicamento, látex o algún componente de vacunas? Anote sus alergias: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Ha tenido alguna reacción seria o se a desmayado con alguna vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Ha tenido el síndrome de Guillain-Barre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Ha tenido convulsiones o algún problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Tiene cáncer, SIDA u otros problemas del sistema Inmunológico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Ha tomado cortisona, prednisone o algún esteroide, medicina anticancer o radiación en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Ha recibido alguna medicina antiviral en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Usas productos de tobacco?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11. ¿Ha recibido otras vacunas en los últimos 28 días, como la de influenza (gripe)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. ¿Ha recibido una transfusión o productos de sangre, le han dado gamma inmune (gama) Globulina en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13. ¿Tiene problemas a largo plazo de diabetes, enfermedad Cardiaca, enfermedad pulmonar, enfermedad renal, respira con silbido o asma, Anemia, o algún desorden sanguíneo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14. ¿La persona que se va a vacunar hoy está embarazada o planea quedar embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15. ¿Ha sido vacunado(a) / a contra la influenza en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

La información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. He leído, o me han leído, y entiendo las hojas de información de la vacuna para la(s) vacuna(s) que se administrarán. Tuve la oportunidad de hacer preguntas, y todas las preguntas fueron respondidas a mi satisfacción y entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s). Doy mi consentimiento (o doy mi consentimiento en nombre de mi dependiente para) la administración de la vacuna. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo con respecto a esta vacuna a Medicare, Medicaid u otro pagador externo según sea necesario y solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre (o en nombre de mis dependientes) a la comunidad del condado de Douglas. Salud (DCCH). Reconozco que mi registro de vacunación se puede compartir con agencias federales o estatales para informes de registro, incluido el Registro de Inmunizaciones de Nevada. Acuso recibo del Aviso de privacidad de DCCH. Certifico que recibí los servicios cubiertos por esta reclamación. Libero y libero completamente a DCCH y sus agentes de cualquier responsabilidad por enfermedad, lesión, pérdida o daño que pueda resultar de la administración de la(s) vacuna(s).

Firma del Cliente/Padre/Guardián _____ **Fecha** ____/____/____

Escriba claro el nombre del Cliente/Padre/Guardián _____

----- Para Uso de Oficina -----

Influenza Quadrivalent PF	PVT	VFC	317			RD	LD	IM
---------------------------	-----	-----	-----	--	--	----	----	----

Event: _____	Amt. Paid: \$ _____ Initials _____	eCW/Scan	RN eCW	Revised 9/2021
Date: _____	<input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Check <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> NP	Init _____	Init _____	DA Approved