

Registro de detección de gripe y administración de la clínica
 Bloomington Public Health, 1900 W. Old Shakopee Rd., Bloomington, MN 55431

Apellido (en letra de molde)	Primer nombre (en letra de molde)	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo M F
Domicilio	Ciudad	MN	Código postal	Número de teléfono diurno	
N.º de Medicare	Compañía de seguros	N.º de identificación		N.º de grupo	
Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Relación con la persona que recibe la vacuna		Raza	Etnia

Responda las siguientes preguntas y, si alguna de sus respuestas es SÍ, hable con el enfermero antes de recibir la vacuna.

sí NO

- ¿La persona que solicita esta vacuna tiene alergia grave al huevo, a la gelatina, la gentamicina, el glutamato monosódico, el timerosal o el látex?
- ¿La persona que solicita esta vacuna necesitó alguna vez atención médica inmediata después de una vacunación?
- ¿La persona que solicita esta vacuna tiene fiebre (100 F o más), tos productiva, dolores musculares u otro malestar?
- ¿La persona que solicita esta vacuna tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (poliomielitis francesa) después de recibir una vacuna?

- Recibí una hoja informativa sobre la vacuna contra la gripe y sobre cualquier otra vacuna que solicité. Tuve la oportunidad de leer esta información o de que me la expliquen. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre los beneficios y los riesgos de estas vacunas.
 - Autorizo que se revele la información necesaria para procesar este reclamo de seguro, y autorizo el pago a la ciudad de Bloomington por estos servicios de vacunación.
- Si se opone a que su vacunación se ingrese en los registros estatales, marque esta casilla.

Firma del cliente	Fecha
-------------------	-------

Debe completarlo el enfermero (for nurse use only):

Fluzone quadrivalent 0.5 ml IM (6 months & older)	RD _____ LD _____	Mftr/Lot#	<u>SP</u>	exp. <u>6/30/21</u>
FLUBLOK Quadrivalent 0.5 ml IM (65 & older) (approved for 18 years & older)	RD _____ LD _____	Mftr/Lot#	<u>SP</u>	exp. <u>6/30/21</u>
Hepatitis A Vaccine 1.0 ml IM (adult UUAV)	RD _____ LD _____	Mftr/Lot#	<u>GSK EK59B</u>	exp. <u>2/26/22</u>
Tetanus/diphtheria/pertussis 0.5 ml IM	RD _____ LD _____	Mftr/Lot#	<u>GSK 97NL3</u>	exp. <u>6/5/21</u>
Tetanus/diphtheria 0.5 ml IM	RD _____ LD _____	Mftr/Lot #	<u>MB A121A</u>	exp. <u>6/6/21</u>
Nurse Signature/Title _____	Date _____			

**CIUDAD DE BLOOMINGTON
ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD**

Vigente desde el: 1 de julio de 2005
Enmendado: 22 de mayo de 2020

Este Aviso de prácticas de privacidad informa de cómo la ciudad de Bloomington puede usar o revelar su información. No se describen todas las situaciones. La ciudad de Bloomington debe darle un aviso de nuestras prácticas de privacidad por la información que recojamos y conservemos sobre usted.

Yo, _____(nombre del cliente), recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la ciudad de Bloomington y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se usará mi información.

Firma del cliente o de su representante personal

Fecha

Si firma el representante personal, relación con el cliente: _____

Este documento puede ponerse a disposición en formatos alternativos que cumplan las directrices de la Ley de Americanos con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA).

Comuníquese con la ciudad de Bloomington:

Teléfono (952) 563-8900 Repetidor MN 711 Fax (952) 563-8997

Para uso interno (For Office Use Only)

We made the following efforts to obtain written acknowledgement of receipt of the Notice of Privacy Practices:

However, acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (please specify):

