FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Complete y entregue el formulario a la escuela de su hijo/a.
Es necesario llenar cada sección del formulario.

Quiere que su hijo reciba la vacuna contra la influenza en la escuela?
___ SI ___ NO Si no, no complete este formulario.

ESCUELA _____ GRADO _____

Información del Paciente

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Edad	Sexo

Dirección de domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

Información demográfica (marque uno) Nativo Americano/Nativo de Alaska Negro
Hispano Asiático Blanco Desconoce/No desea responder

Etnia (marque uno)
Hispano/Latinx Sin descendencia Hispana/Latinx Desconoce/No desea responder

Nombre completo del padre de familia/tutor legal

Número de teléfono		Correo electrónico

Información del Seguro Médico

Marque uno:
☐ Seguro privado ☐ Medicaid (ejemplo: Healthy Indiana Plan, Hoosier Care Connect, Hoosier Healthwise)
☐ No tengo seguro: Certifico que el/la paciente no cuenta con seguro médico.

Nombre de la compañía aseguradora	ID de miembro	Grupo #

Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Número de Seguro Social del paciente

Información demográfica

Número de personas que viven en su hogar: _____

Mis ingresos son: ☐ Menos $11,800 ☐ $11,881 - $24,300 ☐ $24,301 - $ 36,450 ☐ $36,451 - $48,600
☐ $48,601 - $60,750 ☐ $60,751 - $72,900 ☐ más de $72,901

Información médica. **Por favor seleccione Sí o No para <u>todas</u> las preguntas. Las respuestas corresponden a la persona que recibirá las vacunas.**

1. ¿Es el/la paciente alérgico(a) a los componentes de la vacuna como los huevos, gentamicina, arginina, gelatina, o glutamato monosódico? Si respondió de forma afirmativa, por favor enumere los componentes:	Sí	No
2. ¿Padece el/la paciente alguna de estas condiciones médicas? (marque todas las que correspondan) ____Enfermedad (es) crónica del corazón ____Diabetes/enfermedad metabólica ____Enfermedades hematológicas ____Enfermedades renales ____Enfermedades hepáticas ____ Asma/disfunción reactiva de las vías respiratorias/sibilancia _____ Sistema inmunológico débil, cáncer, lupus, o VIH/SIDA ____ Toma medicamento que reduce las defensas del cuerpo para combatir una infección		
3. ¿Ha recibido el/la paciente una transfusión de sangre, derivados sanguíneos o se le ha administrado gammaglobulina durante el año pasado?	Sí	No
4. ¿Se encuentra el/la paciente en tratamiento a largo plazo con aspirina?	Sí	No
5. ¿Tuvo el/la paciente resultados positivos de COVID -19 en los últimos 14 días?	Sí	No

6. Si el/la paciente está autorizando la vacuna contra el COVID -19, ¿Cuál dosis recibirá el día de hoy?	1ra	2da	3ra	Fecha:
7. Si el/la paciente está autorizando la vacuna contra el COVID -19, ¿Cuál dosis recibirá el día de hoy?	1ra	2da	3ra	Fecha:

Toda la información proporcionada para autorizar la vacunación es verdadera y correcta. Se que la información sobre las Practicas de Privacidad (HIPAA) están disponibles en el sitio web supershot.org. Recibí la hoja de información de vacunas del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (*CDC por sus siglas en inglés*) con respecto a las vacunas que el/la paciente recibirá el día de hoy. Autorizo a Super Shot a proporcionar cualquier información a otros proveedores de la salud según sea necesario para propósitos de cobros, registro y archivo de datos según lo dicten las políticas del Departamento de Salud de Indiana.

Yo doy fe de ser el padre/madre/tutor legal del paciente,

Nombre del paciente/tutor legal (letra de molde) _____ Firma del paciente/tutor legal _____ Fecha _____

For Official Use Only	Reviewed by:_____Date: _____	Signature of Administrator/VIS provided:_____Date: _____

Vaccine	Manufacture & Lot #	Route/Site	Vaccine	Manufacture & Lot #	Route/Site	Vaccine	Manufacture & Lot #	Route/Site
COVID						FLU		