

Marque la respuesta a las siguientes preguntas para la persona que está recibiendo la vacuna contra la influenza.

Por favor imprimir:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento:_____ **Años:**_____

Teléfono móvil: _____ **Ciudad & Código postal:** _____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenina

¿Está usted en Medi-Cal?? ☐ Si ☐ No ¿Le gustaría obtener información sobre Medi-Cal?? ☐ Si ☐ No

¿Está embarazada o cree que podría estarlo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene asma? (Si lo hace, recibirá la vacuna contra la gripe y NO la neblina).	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Reacción alérgica grave previa a la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido usted o su hijo una vacuna contra el herpes zóster, el sarampión (MMR) o la varicela en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Vive usted o sus hijos con alguien con un sistema inmunológico gravemente debilitado?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido usted, o sus hijos, tratamiento antivírico para la influenza en las últimas 48 horas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Lea la Declaración de privacidad de HIPAA, así como los usos y divulgaciones para actividades de salud pública disponibles al dorso de este formulario.

He leído o me han explicado la “Declaración de información sobre la vacuna contra la influenza”. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza y solicito que me la administren a mí o a la persona por la que estoy autorizado para hacer la solicitud.

Firma:_____

Fecha: _____

Clinic Site:	_____	Vaccine Type:	<input type="checkbox"/> Inactive	<input type="checkbox"/> LAIV	<input type="checkbox"/> P-Free	<input type="checkbox"/> High D
Clinic Date:	_____	Arm Injected:	<input type="checkbox"/> LD	<input type="checkbox"/> RD		
Nurse:	_____	Manufacturer:	_____			
<input type="checkbox"/> RN	<input type="checkbox"/> LVN	Lot #:	_____			

Se pueden descargar formularios adicionales contra la gripe en
www.plumascounty.us



Si no asiste a las clínicas de influenza, comuníquese con su médico para una vacuna o la Agencia de Salud Pública del Condado de Plumas (530) 283-6330 para una cita.



Declaración de privacidad de HIPAA

La definición completa de información médica protegida (PHI)

Cualquier información médica identificable individualmente, ya sea oral o registrada en cualquier forma o medio que sea creada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de salud, autoridad de salud pública, empleador, asegurador de vida, escuela o universidad, o centro de compensación de atención médica; y se relaciona con la salud o condición física o mental pasada, presente o futura de un individuo; la provisión de atención médica a un individuo. Cualquier dato transmitido o mantenido en cualquier otra forma o medio por entidades cubiertas, **incluidos registros en papel, documentos de fax y todas las comunicaciones orales**, o cualquier otra forma, es decir, impresiones de pantalla de información de elegibilidad, correos electrónicos impresos que hayan identificado la información de salud del individuo, reclamo o información de facturación, certificado de nacimiento o defunción en papel.

La información médica protegida excluye: registros escolares sujetos a la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia; y registros de empleo mantenidos en el papel del condado como empleador.

Usos y divulgaciones para actividades de salud pública

De acuerdo con el Código de Salud y Seguridad Parte II 45 CFR 164,501 El Departamento de Salud Pública del Condado de Plumas es una entidad cubierta que puede divulgar información médica protegida para ciertas actividades específicas de salud pública que pueden ser, entre otras:

- Prevención y control de enfermedades, incluida la notificación
- Informes de registros vitales
- Vigilancia de salud pública
- Divulgación legalmente autorizada de información médica protegida a una persona o personas que pueden estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad notificable
- Ciertos proveedores contratados por los empleadores pueden proporcionar información al empleador relacionada con la vigilancia médica en el lugar de trabajo o enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.
- Informar bajo los requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos para eventos adversos o problemas relacionados con ciertos proyectos regulados