

Salem County Department of Health & Human Services (SCDHHS)

SEASONAL INFLUENZA VACCINE 2023-2024

Funded by the Salem County Board of County Commissioners
110 5th Street, Salem, NJ 08079
856-935-7510 ext. 8474

NJIS#: _____

VIS Date: _____

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (letra de imprenta)

APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	AÑOS	SEXO	RAZA	ETNIA
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			NÚMERO DE TELÉFONO	

INFORMACIÓN DEL SEGURO (letra de imprenta)

Nombre del seguro primario:
Número de identificación del seguro:
<input type="checkbox"/> Sin seguro

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DETECCIÓN DE VACUNAS

Antes de recibir una vacuna contra la influenza, por favor responde a las siguientes preguntas:	Si	No
¿La persona que se va a vacunar tiene 3 años de edad o más?		
¿La persona que se va a vacunar ha recibido una vacuna contra la gripe antes?		
¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna contra la gripe?		
¿La persona que se va a vacunar tiene una alergia grave a alguno de los ingredientes de la vacuna contra la gripe?		
¿La persona que se va a vacunar está enferma hoy?		
¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad)?		

*Según el CDC personas con alergias a huevos pueden recibir cualquier vacuna contra la gripe que sea apropiada para su edad y estado de salud.
<https://www.cdc.gov/flu/prevent/egg-allergies.htm>

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE SAULD

IM injection site:

Left Deltoid Right Deltoid Other

Signature & Title of Vaccine Administrator

<p>Label Date/Place Vaccine administered Exp. Date and Lot #</p>

Reviewed By: _____

Salem County Department of Health & Human Services (SCDHHS)

SEASONAL INFLUENZA VACCINE 2023-2024

Funded by the Salem County Board of County Commissioners

110 5th Street, Salem, NJ 08079

856-935-7510 ext. 8474

CONSENTIMIENTO (Leer antes de firmar)

Entiendo que, al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el participante mencionado reciba la vacuna contra la influenza. Tengo respondido todas las preguntas en este formulario apropiadamente y según mi leal saber y entender. Me proporcionaron y he revisado el Declaración de información sobre la vacuna y se le brindó la oportunidad de hacer preguntas.

He recibido información acerca del Sistema de Información sobre Vacunación de Nueva Jersey (New Jersey Immunization Information System, NJIIS) y entiendo que el objetivo de la inscripción es para que yo reciba recordatorios de las dosis pendientes según el calendario de vacunación pertinente (ya sea el mío o el de mi hijo) y se establezca un registro central de vacunas administradas. Entiendo que los datos de salud que constan en el sistema pueden compartirse con los proveedores de servicios de salud autorizados, instituciones educativas entre las cuales figuran instituciones de estudios superiores, centros de cuidado infantil autorizados, entidades de salud pública, compañías de seguros de salud y otras personas autorizadas por la ley de Nueva Jersey N.J.S.A. 26:4-131, y siguientes, y las normas N.J.A.C. 8:57-3. Entiendo que puedo obtener un comprobante de las vacunas administradas del proveedor de servicios de salud de familia, departamento de salud local o Departamento de Salud de Nueva Jersey. Puede comunicarse con el Departamento de Salud de Nueva Jersey en www.njiis.nj.gov o llamando al 609-826-4860. No hay costo para participar en este programa.

Sí, quiero participar en este programa. No, no quiero participar en este programa.

Información sobre este programa está disponible a pedido. SCDHHS mantendrá este registro médico en sus archivos por un mínimo de 3 años.

Entiendo que SCDHHS, sus empleados, representantes, agentes y voluntarios están libres de cualquier habilidad para darme la vacunación antigripal. Entiendo que la atención médica de seguimiento puede ser necesaria en caso de exposición y acepto seguir los protocolos de seguimiento de exposición SCDHHS. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica para cualquier problema asociado con mi recepción de la vacuna contra la influenza.

Autorizo la presentación de un reclamo a Medicare, Medicaid o cualquier otro pagador por los servicios que me brindó SCDHHS ahora, en el pasado o en el futuro, hasta que revoque esta autorización por escrito por correo certificado. Entiendo que un seguro el reclamo no se presentará si elegí optar por no recibir la facturación del seguro. Acepto remitir inmediatamente a SCDHHS cualquier pago que recibo directamente del seguro o de cualquier fuente por los servicios que me brindan y asigno todos los derechos a dichos pagos a SCDFEIS. Autorizo a SCDHHS a apelar las denegaciones de pago u otras decisiones adversas en mi nombre sin más autorización. Autorizo y ordeno a cualquier titular de seguro médico, facturación y otra información relevante sobre mí que divulgar dicha información a SCDHHS y sus agentes de facturación, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y/o cualquier otros pagadores o aseguradores, y sus respectivos agentes o contratistas, según sea necesario para determinar estos u otros beneficios pagaderos por cualquier servicio que me brinde SCDHHS, ahora, en el pasado o en el futuro. También autorizo a SCDETHS a obtener información médica, de seguros, de facturación y otra información relevante sobre mí de cualquier parte, base de datos u otra fuente que mantenga dicha información. Solicitamos el pago de cualquier beneficio de seguro médico para ir directamente a SCDEHS. Yo/Nosotros permitimos una copia de esta autorización para ser utilizada en lugar del original. Una copia de este formulario es tan válida como el origina.

_____	Fecha: _____ / _____ / _____
Firma del participante o padre/tutor	(mes) (día) (año)
_____	_____
Nombre del padre o tutor (letra de imprenta)	Relación con el receptor de la vacuna (letra de imprenta)