



**Pender County Health Department**  
**803 S. Walker Street, Burgaw, NC 28425**  
**(910) 259-1230**  
<http://health.pendercountync.gov/>

**2019-2020 PERMISO DE ESCUELAS DEL CONDADO PENDER PARA VACUNA CONTRA LA GRIPE**

**DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIÁN Y DEVUELTO A LA MAESTRA DEL ESTUDIANTE**

Escuela:	Maestra:
Nombre Completo:	Fecha de Nacimiento:
Número de Seguro Social:	Número de Teléfono:
Dirección:	Ciudad: Estado: Código postal:
Condado:	
Apellido Materno de soltera:	Persona responsable:

**Raza:**  Asiático  Negro/Afroamericano  Indio americano/nativo de Alaska  Nativo de Hawai / Islas del Pacifico  Caucásico  
**Etnicidad:**  No es hispano / latino  Hispano **Sexo:**  Hombre  Mujer

**Responda las siguientes preguntas marcando la respuesta adecuada:**  
 SÍ  NO ¿Tu hijo está enfermo hoy?  
 SÍ  NO ¿ha experimentado su hijo alguna vez una reacción alérgica después de recibir una dosis de la vacuna contra la gripe?  
 SÍ  NO ¿ha experimentado su hijo alguna vez una reacción alérgica severa a las proteínas de huevo o de pollo?  
 SÍ  NO ¿su hijo ha experimentado alguna vez el síndrome de Guillain-Barré después de recibir una vacuna contra la gripe o tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré?  
 SÍ  NO ¿está su hija actualmente embarazada?

**INFORMACIÓN/AUTORIZACIÓN DE SEGURO PARA FACTURAR** (copia de la tarjeta de seguro de la parte delantera y trasera preferida para la verificación)  
 Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Identificación de miembro: \_\_\_\_\_  
 Número de grupo: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección de reclamos médicos: \_\_\_\_\_  
 Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_  
 Número de seguro social del suscriptor (si es Tricare): \_\_\_\_\_  
 Dirección del suscriptor: \_\_\_\_\_

**PERMISO PARA VACUNAR AL NIÑO Y COBRO A EL SEGURO APLICABLE (Por favor firme y coloque la fecha)**  
 Doy permiso para que el niño mencionado reciba la vacuna provista por el Departamento de Salud del Condado de Pender en las Escuelas del Condado de Pender. He recibido y leído la Declaración de Información de Vacunas apropiada. Entiendo que puedo acceder al Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Pender visitando <http://health.pendercountync.gov/> y puede llamar al 910-259-1230 para obtener una copia o para abordar cualquier inquietud.  
 Autorizo que el pago del tercero pagador (seguro) y de Medicaid se realicen en mi nombre al Departamento de Salud del Condado de Pender (PCHD) por los servicios prestados. **Entiendo que mi firma servirá como una "firma en archivo" legal para los fines de presentar reclamaciones de seguros / Medicaid y el pago de beneficios a la PCHD por los servicios prestados**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY**

Vaccine	Trade Name	Lot#	VIS Pub. Date	Date VIS presented	Route	Site	ML
Influenza			8/7/15		IM	RD LD	0.5
<b>Nurse Signature:</b>				<b>Date:</b>			
Administration Code: 90471	Vaccine Code: 90686 Preservative Free 3 years and older 90688 Multi Dose 3 years and older	Diagnosis Code: Z23	State Private	Clinic Type: CH			