



**FLORIDA DEPARTMENT OF HEALTH IN ORANGE COUNTY
IMMUNIZATION SCREENING AND CONSENT FORM**

QFlow #:

Date:

Su hijo puede necesitar una o más vacunas requeridas para asistir a la escuela. Para que su hijo reciba vacunas debe completar este formulario. El personal de licencias del Departamento de Salud de Florida en el Condado de Orange proporcionará inmunizaciones gratuitas a los niños elegibles a través del programa Vacunas para Niños.

SECTION 1: INFORMACION DEL NIÑO - POR FAVOR IMPRIMIR

Apellido		Nombre		Segundo Nombre	
Fecha de Nacimiento del Niño			Año		Sexo del Niño <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Mes	Día	Año			
Raza del Niño (Seleccione todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White					
Lenguaje Preferido del Niño (Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No)				Etnicidad del Niño Hispanic/Latino: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Dirección del Niño					
Ciudad		Estado		Código Postal	País de Nacimiento
¿Está el niño actualmente inscrito en una escuela del Condado de Orange? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			¿En qué grado estará el niño en la escuela este año? 2020-2021		
¿Nació el niño en Florida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Parent/Legal Guardian's Information					
Apellido		Nombre		Segundo Nombre	
Relación con el Niño			Lenguaje Preferido Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Número de teléfono			Fecha de Nacimiento de los padres		
			Mes	Día	Año
HMS MRN	FLshots ID # (State Imm ID)	Insurance	680 Only	No Services	Registration Clerk

SECTION 2: EXAMEN DE ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNA

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas pueden administrarse al niño. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que el niño no debe ser vacunado.

Por favor, marque SÍ o No para cada pregunta		Si	NO
1. ¿Está el niño enfermo hoy? ¿Ha tenido fiebre en las últimas 24 horas (más de 100.4)?			
2. ¿Tiene el niño alergias a medicamentos, alimentos, a un componente de la vacuna, el medio ambiente o el látex? Por favor explique			
Alergia		Fecha de inicio	
Reacción		Severidad <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severo	
3. ¿Ha tenido alguna vez el niño la enfermedad de la varicela? En caso afirmativo _____, ¿a qué edad o en qué año _____?			
4. ¿Ha tenido el niño una reacción grave a una vacuna en el pasado?			
5. ¿Ha tenido el niño un problema de salud con enfermedades pulmonares, cardíacas, renales o metabólicas (por ejemplo, diabetes), asma o un trastorno de la sangre?			
6. ¿Ha tenido el niño, un hermano o un padre una convulsión? ¿Ha tenido el niño problemas cerebrales u otros problemas del sistema nervioso?			
7. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?			
8. En los últimos tres meses, el niño ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha tenido tratamiento de radiación?			
9. En el último año, ¿recibió el niño una transfusión de sangre o productos derivados de la sangre o recibió inmunoglobulina gamma (gamma) o un medicamento antiviral?			
10. ¿Está la niña / adolescente embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes? LMP? _____			
11. ¿Ha sido vacunado o probado su hijo para la tuberculosa (TB) en los últimos 30 días? Si la respuesta es SÍ, indique tipo y fecha de la vacuna: _____ o Fecha de Lectura de la prueba de TB: _____			

Nurse Name Printed		Nurse Signature		Date:	
--------------------	--	-----------------	--	-------	--



FORMULARIO DE INICIO DE LOS SERVICIOS

QFlow #:

PARTE I CONSENTIMIENTO PARA EL INICIO DE LA RELACIÓN ENTRE CLIENTE Y PROVEEDOR

Nombre del cliente: _____

Nombre de la agencia: Florida Department of Health - Orange

Dirección de la agencia: 6101 Lake Ellenor Drive, Orlando, Florida 32809

Doy mi consentimiento para iniciar la relación entre cliente y proveedor. Autorizo al personal del Departamento de Salud (Department of Health) y a sus representantes a darme atención médica de rutina. Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria. Esto puede incluir visitas médicas en la que se obtenga mi historia médica, me hagan exámenes médicos, me administren medicamentos o me hagan análisis de laboratorio o procedimientos menores. Puedo terminar con esta relación en cualquier momento.

PARTE II CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN

(solo para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica).

Para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, doy mi consentimiento para que se use y se revele mi información de salud, que incluye información médica, dental, sobre VIH/sida, STD (enfermedades de transmisión sexual), TB (tuberculosis) y prevención de trastornos por abuso de sustancias; información psiquiátrica o psicológica y de administración de casos.

PARTE III CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO DEL PACIENTE DE MEDICARE

(solo corresponde para clientes que tengan Medicare).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, certifico que la información que di en la solicitud de pago en conformidad con el Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo a la agencia indicada arriba a entregar mi información médica a la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) o sus intermediarios o compañías aseguradoras para este o cualquier otro reclamo relacionado con Medicare. Solicito que se haga el pago de los beneficios autorizados en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos a la agencia mencionada arriba y la autorizo a presentar el reclamo ante Medicare para el pago correspondiente.

PARTE IV CESIÓN DE LOS BENEFICIOS

(solo corresponde para pagadores externos).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, cedo a la agencia mencionada arriba todos los beneficios que reciba de cualquier plan de atención médica o póliza de gastos médicos. La cantidad de tales beneficios no debe superar los cargos médicos detallados en la lista de tarifas aprobadas. Todos los pagos cubiertos en este párrafo deben hacerse a la agencia indicada arriba. Entiendo que soy personalmente responsable de los gastos que no cubra esta cesión.

PARTE V RECOPIACIÓN, USO O REVELACIÓN DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

(Este aviso se entrega de conformidad con la Sección 119.071(5)(a) de los Estatutos de Florida).

Para los programas de atención médica, el Departamento de Salud de Florida puede recopilar su número del Seguro Social con fines de identificación y facturación, según se autoriza en las subsecciones 119.071(5)(a)2.a y 119.071(5)(a)6 de los Estatutos de Florida. Al firmar abajo, doy mi consentimiento para que se recopile, se use o se revele mi número del seguro social únicamente con fines de identificación y facturación. No podrá usarse con ningún otro fin. Entiendo que el Departamento de Salud de Florida debe recopilar los números del seguro social para cumplir las obligaciones y las responsabilidades que exige la ley.

PARTE VI SI FIRMO ABAJO, CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DE ARRIBA ES CORRECTA Y CONFIRMO QUE RECIBÍ EL AVISO DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Firma del cliente/representante

Indicar la relación del representante con el cliente o si este actúa en nombre propio

Fecha

Testigo (opcional)

Fecha

PARTE VII RETIRO DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____, RETIRO ESTE CONSENTIMIENTO a partir del _____

Firma del cliente/representante

Fecha

Testigo (opcional)

Fecha

Original: para archivar; copia: para el cliente

DH 3204-SSG-09-2019

For Office Use Only – Print or Use Label

Client Name: _____

MRN: _____

DOB: _____