

Mission:

To protect, promote & improve the health of all people in Florida through integrated state, county & community efforts.



Monroe County

Vision: To Be The Healthiest State In The Nation

Ron DeSantis
Governor

IMMUNIZATION REGISTRATON

Apellido: _____ **Nombre:** _____
(En Imprenta) (En Imprenta)

Fecha de nacimiento: _____ **Raze:** _____ **Sexo:** _____

SS# _____ - _____ - _____ **Direccion:** _____

Lote/Apto#: _____ **Ciudad:** _____ **Area Postal:** _____

Telefono: _____

Nombre del padre o acudiente: _____

INFORMACION del Seguro – En caso de no tener la tarjeta del seguro y si sabe la informacion

Nombre de la compania de seguro _____

Nombre de la persona asegurada: _____
(En Imprenta)

Lugar de Empleo: _____

de la Poliza: _____ **# del grupo:** _____

Me han dado una copia del document y he leido o me han explicado la informacion contenida en la declaracion de la vacuna y sobre. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas y me las respondieron como esperaba. Creo entender sobre las ventajas y los riesgos de la vacuna y pido que la vacuna indicasa posteriormente sea suministrada a la persona registrada en este document y que este autorizada por la misma.

Date Influenza VIS given: _____ ¿**Está usted actualmente o podría estar embarazada?** SI NO

Allergies: _____

Patient/Parent/Guardian

signature: _____

Vaccine & VIS Update	Date Given	Brand Name	Mfg./Lot#	Route/Site	Signature/Title Of Provider
				IM/SQ RD LD	
				IM/SQ RD LD	
				IM/SQ RD LD	
				IM/SQ RD LD	

Date _____
 FL Shots _____
 HMS _____
 Billing _____
 Paid _____

Mission:

To protect, promote & improve the health of all people in Florida through integrated state, county & community efforts.



Monroe County

Vision: To Be The Healthiest State In The Nation

Ron DeSantis
Governor

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO

Parte I: Consentimiento para la atención y el tratamiento

Yo, _____ (marque con un círculo la designación que corresponda:
Cliente/representate),

Por la presente autorizo al personal del Departamento de Salud del Condado de _____ y a sus representantes a prestarme atención médica de rutina a mi o a mi hijo(a), _____ (escribir "N/C" o "no corresponde" si no tiene hijos).

Comprendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria, y que podría implicar visitas al consultorio del proveedor, incluyendo anamnesis, exámenes, administración de medicamentos, pruebas de laboratorio y/o procedimientos menores. Comprendo que puedo interrumpir los servicios en cualquier momento.

Firma del cliente/representante

Fecha

Testigo

Fecha

Parte II: Cancelación del consentimiento para la atención y el tratamiento

Yo, _____ CANCELO EL PRESENTE CONSENTIMIENTO, a
partir del _____.
Fecha

Testigo (opcional)

Fecha

Nombre: _____
Núm de identificación: _____
Fecha de nacimiento: _____