



CONDADO DE KENT

# DEPARTAMENTO DE SALUD

## DEL CONDADO DE KENT

LELAND D. SPENCER, MD, MPH, MEDICAL DIRECTOR  
125 S. Lynchburg Street, Chestertown, Maryland 21620 Teléfono: (410) 778-1350



ESTADO DE MARYLAND

**\*\*\* Tenga su tarjeta de seguro lista para ser escaneada\*\*\***

Por favor **Imprima** información sobre el cliente

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes Dia Año

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

**Raza:**  Caucásico  Afroamericano  Hispano  Otro: \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Hombre  Mujer

**Escuela:** Galena \_\_\_\_\_ Garnett \_\_\_\_\_ KCMS \_\_\_\_\_ KCHS \_\_\_\_\_ Rock Hall \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

**Pagos:**

**Cantidad en efectivo** \$ \_\_\_\_\_  **No Charge - VFC child 18 years or younger**

**Medicare #** \_\_\_\_\_  **Medical Assistance #** \_\_\_\_\_

Medicare A o B  Sí  No

Nombre del seguro médico: Amerigroup-UHC-MPC-PP-UMHP

Reconozco que he recibido hoy o en el pasado, una copia del aviso de prácticas de privacidad con fecha de es efectiva el 1 de Julio de 2017. He leído o me han explicado la información en la declaración de información de la vacuna.

**Firma del cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

This section is for staff only

VIS Date	08/15/2019	8/15/2019	8/15/2019	08/15/2019
VIS Date Given				

Vaccine	Fluzone	Flublok	High Dose Fluzone	Fluarix (Quad)
Date				
Vaccine Lot & Expiration				
Site of Injection	IM Deltoid 0.5cc LT RT	IM Deltoid 0.5cc LT RT	IM Deltoid 0.5cc LT RT	IM Deltoid 0.5cc LT RT
Signature of Vaccinator				