



8317 Office Park Dr.
Douglasville, GA 30134
706.623.7507
GA@healthherousa.com
www.healthherousa.com

Health Hero Partner(s)/Parent(s)/Guardian(s):

Nos gustaría expresar lo entusiasmados que estamos por tener la oportunidad y la invitación de organizar clínicas de vacuna (SLVC) ubicadas en la escuela dentro de su (s) escuela (s) y el estado de Georgia. Nuestro programa es de propiedad y operación independiente y cumple con todos los cumplimientos requeridos por el estado. Hemos sido aprobados por el Departamento de Salud Pública de Georgia (GDPH) para operar dentro de todos los sistemas escolares de los condados de Fulton, Cobb, Gwinnett, Douglas, Newton, Rockdale y Dekalb.

Nuestro programa fue creado y diseñado específicamente para adultos que trabajan con niños y sistemas escolares públicos y privados que se ven afectados de no poder salir del trabajo o el ausentismo escolar atribuido a enfermedades prevenibles.

Cuando se nos preguntó: "¿Por qué héroes de la salud?", Podríamos proporcionar más de ocho (8) años de historias de éxito y elogios de 14 estados en los que operamos actualmente, sin embargo, atribuimos nuestros logros / éxitos a cuatro (4) de nuestros C principales.

Nuestros 4 Core C's

- **Costo** – **NO hay gastos de bolsillo** para el padre ni el estudiante y / o el profesorado. Facturamos al proveedor de seguros apropiado directamente.
- **Conveniencia** – Los niños no tienen que faltar a la escuela, lo que podría afectar la asistencia y el rendimiento de grado, ni los padres tienen que tomarse un tiempo innecesario fuera del trabajo.
- **Cumplimiento** - **solo utilizamos vacunas recomendadas por ACIP y aprobadas por la FDA**. Nuestro programa ha demostrado ayudar a mejorar las matrices de asistencia de estudiantes y escuelas. Como una combinación de las escuelas que participan en nuestros SLVC de Influenza, ofrecemos nuestros SLVC de cumplimiento de primavera en los esfuerzos para ayudar a esas escuelas a cumplir con las vacunas requeridas por el estado (TDAP y Meningococo A, C, W, Y y B) de los estudiantes. **También cargamos todos los registros de vacunas que administramos en el registro del estado de Georgia: GRITS..**
- **Compromiso** - Nuestro compromiso, enfoque y esfuerzos son para ayudar a mantener saludables a los estudiantes / personas, nuestras familias / hogares y comunidades mientras los mantiene inteligentes y los prepara para la fuerza laboral. Ofrecemos vacunación a todos los estudiantes con Medicaid, sin seguro, con seguro insuficiente y con la mayoría de los proveedores de seguros privados. **Todos los estudiantes deben tener un formulario de consentimiento firmado de Health Heroes of Georgia por el padre / tutor legal con el número de identificación del miembro del seguro en la sección correspondiente.**

Creemos que es a través de esfuerzos colectivos que podemos mantener a todos más saludables y lograr resultados óptimos. Nos enorgullecemos de ser profesionales, amigables y tan eficientes como sea posible para maximizar nuestros esfuerzos y garantizar un SLVC o clínica exitosa. Las colaboraciones y asociaciones con todo el personal adquirido son fundamentales para nuestro éxito y para cumplir con las expectativas esperadas.

Si tiene preguntas o inquietudes adicionales, comuníquese con su respetada enfermera escolar y / o Coordinadora de Health Heroes of Georgia SLVC - Rachel Morrison por correo electrónico a GA@healthherousa.com o por teléfono al (706) 623-7507. También puede encontrar más información en www.healthherousa.com. ¡Esperamos ver a su hijo en la clínica!

Sinceramente,

Health Heroes of Georgia

School Name: _____ Clinic Date _____

COMPLETE TODA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN - **Imprima con tinta** (No se aceptarán formularios incompletos)

NOMBRE del estudiante:		APELLIDO del estudiante:	
Sexo: Masculino Femenino	Fecha de nacimiento: (mes/día/año)	Edad Maestro del salón/Grado	
Dirección Relación con el paciente		N.º de teléfono celular # () -	
Ciudad	Código Postal	Estado	
Etnia del estudiante: (Marque una opción) Afroamericano/Negro Blanco Alaskeño/Nativo Americano Asiático Hispano/No Hispano Hawaiano/Isleño del Pacífico or Otro:			

Las leyes actuales de cuidado de la salud nos exigen facturarle a su compañía de seguros por la vacuna. El servicio se le brinda a usted sin costo. Las respuestas siempre son confidenciales. Complete las siguientes preguntas sobre el seguro médico de su hijo/a: **SE CONSIDERA FRAUDULENTE RECLAMAR SIN SEGURO SI TIENE SEGURO.**

Padre o Guardián

Nombre de pila	Apellido	Relación con el padre

INFORMACIÓN REQUERIDA (DEBE MARCAR UNA CASILLA APROPIADA)

SEGURO DE ENFERMEDAD Y CUIDADO ADMINISTRADO

AMERIGRO UP	CARE SOURCE	PEACH STATE	WELL CARE	STRAIGHT MEDICAID	OTROS: (POR FAVOR ESPECIFIQUE EL NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SEGUROS)

LD. DE MIEMBRO #: _____

ACTUALMENTE NO TIENE SEGURO

NOTA: ES FRAUDULENTE RECLAMAR SIN SEGURO SI TIENE SEGURO

PRIVATE INSURANCE COMPANIES

AETNA	BCBS	CIGNA	CORE SOURCE	HUMANA	MEDICAL MUTUAL	TRI-CARE	UHC	OTROS: (POR FAVOR ESPECIFIQUE EL NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SEGUROS)

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:	APELLIDO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: (MES/DÍA/AÑO)
		M M / D D / Y Y Y Y

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN # _____
(INCLUYE PREFIJO ALFA, SI SE MUESTRA EN LA TARJETA)

VACCINATION & HEALTH-RELATED QUESTIONS

1	¿Su hijo ha tenido alguna vez una Reacciones a la vacuna contra la gripe que hayan puesto en riesgo su vida en el pasado?	Si	No
2	¿Su hijo ha tenido síndrome de Guillain-Barre?	Si	No
3	¿Su hijo tiene Alergia a los huevos de gallina o productos de huevos?	Si	No
4	¿Su hijo tiene un trastorno de la sangre como la hemofilia?	Si	No
5	¿Será la primera vez que su hijo/a reciba una vacuna contra la gripe?	Si	No



SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE SALUD, COMUNÍQUESE CON EL PEDIATRA DE SU HIJO/A O LLÁMENOS AL 706-623-7507 PARA HABLAR CON UN REPRESENTANTE.

He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales en la Hoja de información sobre la vacuna. Soy consciente de que puedo encontrar la Declaración de información sobre vacunas más actualizada y otra información en www.immunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y comprender los riesgos y beneficios. Solicito y doy mi consentimiento voluntario para que la vacuna se administre a la persona mencionada anteriormente de quien soy el padre o tutor legal y que tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han hecho garantías con respecto al éxito de la vacuna. Por la presente libero al sistema escolar, Health Heroes of Georgia Corp. y subsidiarias, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de toda responsabilidad derivada de cualquier accidente o acto de omisión que surja durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré a la escuela de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Las fechas de la clínica se pueden obtener de la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación del seguro. Doy permiso a Health Heroes of Georgia Corp. para discutir o apelar cualquier reclamo con mi compañía de seguros en mi nombre.

Nombre de padre, madre o tutor en letra de imprenta _____ Firma de padre, madre o tutor _____ Fecha _____

VIS CDC IIV 08/15/2019
LOT Number: _____
RN# _____
AREA FOR OFFICIAL ADMINISTRATION USE ONLY



Health Heroes of Georgia
8317 Office Park Dr., Ste. 2B
Douglasville, GA 30134
GA@healthheroes.com
706-623-7507