



CONSENTIMIENTO PARA INFLUENZA

CLINIC SITE: _____ CLERK INITIALS: _____

SECCION A

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE _____

SEGUNDO NOMBRE: _____ TELEFONO: (____)____-____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

EDAD: _____ GÉNERO: MASCULINO FEMENINO DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C POSTAL: _____

SECCION B

1. Es usted alérgico al huevo o a timerosal (mercurio –un tipo de preservativo presente en vacunas)? SI NO
2. Alguna vez a tenido alguna reacción alérgica u otro problema después de vacunación ? SI NO
3. Alguna vez a tenido el síndrome de Guillian-Barre? SI NO
4. Se siente bien hoy? SI NO

SECCION C

Información de seguro de salud- Favor de checar la opción apropiada que describa su cobertura de seguro medico. Nosotros haremos el reclamo por usted si participamos con su plan de seguro medico. Si usted tiene un co-pago, se le mandara el cobro mas tarde. **Por favor tenga su tarjeta lista.**

NOSOTROS NO ACEPTAMOS EL SEGURO DE COVENTRY .

Si su niño no tiene aseguranza oes insuficiente vaya a la sección de VFC .

GENERAL

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Planes de <u>Blue Cross and Blue Shield</u> | <input type="checkbox"/> <u>Multi Plan – PHCS Network</u> |
| <input type="checkbox"/> Planes de <u>Medicare / Railroad Medicare</u> | <input type="checkbox"/> <u>Midlands Choice Network</u> |
| <input type="checkbox"/> Plan <u>Humana</u> | <input type="checkbox"/> <u>United Healthcare Network (EXCEPTO Tricare)</u> |
| <input type="checkbox"/> 19 años o mayor con <u>SIN ASEGURANZA</u> – el costo es \$ 20.00 | <input type="checkbox"/> 19 años o mayor con <u>Medicaid</u> |

VFC

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Es usted <u>Nativo Americano / Nativo de Alaska?</u> | <input type="checkbox"/> No tiene aseguranza? |
| <input type="checkbox"/> Tiene usted <u>aseguranza insuficiente?</u> (su plan NO cubre vacunas) | |
| Si usted checo una de estas 3 opciones un costo de \$19.00 aplica por administración. Si usted no puede pagar toda la cantidad, cualquier cantidad que usted pueda pagar será apreciada | |
| <input type="checkbox"/> Si tiene 6 meses o 18 años con <u>Medicaid?</u> /Nosotros mandaremos el cobro a su aseguranza por costos de administración | |

Solo complete SI esta entre las edades de 2 a 49 años Y quiere el spray nasal, por favor complete las preguntas 1-6

1. Tiene usted algún problema de salud de largo término como problemas del corazón, problemas de los pulmones, problemas de los riñones, problemas metabólicos. SI NO
2. Tiene usted el sistema inmunológico débil por VIH, como esteroides, u otros tratamientos de cáncer con rayos x o fármacos? SI NO
3. Usted toma algún medicamento con aspirina o algún salicilato? SI NO
4. Ha recibido la vacuna de MMR (paperas, sarampión y rubeola) y/o Varicela en las ultimas 4 semanas? SI NO
5. Have you received an MMR (measles, mumps, rubella) AND / OR Varicella (chicken pox) vaccine in the last 4 weeks? SI NO
6. Are you pregnant or could become pregnant within the next month? SI NO

He recibido y leído la hoja de información para la vacunación contra la gripe y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Yo entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la gripe. Yo autorizo a los proveedores de salud del Departamento de Salud del Condado de Polk para administrar la vacuna al paciente antes mencionado. En su caso solicito y pido a la aseguranza autorizada haga los pagos directamente al departamento de Salud del Condado de Polk. Entiendo que si el seguro no cubre los servicios yo recibiré el cobro.

FIRMA (o representante legal si el paciente es menor de 18 anos de edad)

FECHA



CONSENTIMIENTO PARA INFLUENZA

FORSTAFF ONLY

INFLUENZA- VIS DATE: 07/26/2013

Injectable Administration (3+ yrs): 90471 V04.81

Nasal Administration: 90473 V04.81

6-35 months 90657

6-35 months (preservative free): 90655

Flu zone *Intradermal* 90654

FluMist 90660

Fluzone 2038

Fluzone *High Dose* 90662

DOSAGE: .25 ML IM .50 ML IM .1ML ID

SITE: RD LD RA LA RT LT Bilateral Nares

MANUFACTURER: _____

LOT #: _____

Expiration Date: _____

PNEUMONIA- VIS Date: 10/6/2009 CPT Code: 90732 & 90471 V03.82 TDAP- VIS Date: 5/9/2013 V20.1 CPT Code: 90715

Dosage: .50 ML IM

Dosage: .50 ML IM

Site of Injection: RD LD

Site of Injection: RD LD

Manufacturer: _____

Manufacturer: _____

Lot # _____

Lot # _____

Expiration Date: _____

Expiration Date: _____

STAFF SIGNATURE: _____

DATE/ VIS GIVEN: _____