

Formulario de Consentimiento para La Clínica de Inmunización

Fecha de la clínica _____ nombre de la clínica _____

Para que su hijo/a obtenga vacunas durante la clínica de inmunizaciones, usted debería:

1. **Completar** este formulario 4. **Proveer** un registro de vacunación
 2. **Firmar** este formulario y poner la **fecha** 5. **Incluir** un cheque o **mandar** efectivo si no tiene seguro médico
 3. **Proveer** copia de la tarjeta del seguro médico o de Medicaid

Incluir una copia de la tarjeta del seguro médica o de Medicaid. El costo de vacunación será cobrado al seguro médico/Medicaid. Estudiantes sin seguro médico pagarán \$14/1.

A. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE RECIBIRÁ VACUNAS

Nombre de niño Apellido(s) _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo *femenino masculino*

Nombre de Padre/madre o guardián Apellido(s) _____ Nombre _____

Relación con el niño _____ Número de teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Compañía de seguro médico: _____ Número de teléfono del seguro médico: _____

Dirección de seguro médico _____

Número de la póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Empleador del asegurado: _____

B. ELEGIBILIDAD PARA VACUNACIÓN (marque las apropiadas)

- Medicaid: niño, 0-18 años de edad, quien tiene seguro médico
 Indígena Americana o nativo de Alaska: Estudiante, 0-18 años de edad, quien se identifica como una Indígena Americana o nativo de Alaska, a pesar de cobertura de seguro
 No tiene seguro médico
 Seguro médico limitado: niño tiene seguro médico pero el seguro no cubre inmunizaciones
 Asegurado: niño tiene seguro médico lo cual cubre inmunizaciones

C. INFORMACIÓN DE SALUD PARA VACUNACIÓN (Circule Sí o No)

Favor de contestar todas las preguntas para la persona que recibirá vacunas. Si contestar que sí a una pregunta, por favor explique en el espacio proveído.

- Sí No 1. ¿Tiene el/la niño/a cualquier alergia a medicina, comida, o vacuna?
Sí No 2. ¿Ha tenido el/la niño/a alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?
Sí No 3. ¿Ha tenido el/la niño/a alguna problema de salud como asma, enfermedad de pulmones o de corazón o de riñones, metabólico (como diabetes) u otro problema de sangre?
Sí No 4. ¿Ha tenido ataques o problemas del sistema nervioso, incluyendo el síndrome de Guillain-Barré?
Sí No 5. ¿Tiene el niño/a cáncer, leucemia, el SIDA, u otro problema del sistema inmune?
Sí No 6. ¿Ha tomado esteroides, drogas anti-cáncer, o tratamientos de radiación en los tres meses pasados?
Sí No 7. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o de plasma, o le han dado la globulina inmune o antiviral en el año pasado?
Sí No 8. ¿Está embarazada o hay una posibilidad de que se embarace en el próximo mes?
Sí No 9. ¿Ha recibido el/la niño/a cualquier vacuna en las 4 semanas pasadas?

Si contestó que sí, explica aquí _____

D. EASTERN IDAHO PUBLIC HEALTH INSURANCE LIABILITY WAIVER:

El costo de un servicio facturable es la responsabilidad del cliente/garante. Pagos mensuales de cualquier cantidad son aceptables para prevenir que la factura pase a una agencia de colecciones. Para saldos de pago pendientes, un plan de pago se puede arreglar con el personal de la oficina. Al firmar abajo, doy mi consentimiento para facturación a terceros, incluyendo el pago de los beneficios del gobierno a EIPH, y entiendo que los servicios elegibles para la escala móvil de honorarios se facturarán al 100% a los pagadores de terceros.

Seguro Médico (si aplica): Como una cortesía, EIPH facturará a su seguro médico primario para los servicios de vacunación, sin embargo, **EIPHD no participa en los planes de proveedores preferidos con todos los seguros médicos.** Se recomienda que usted consulte con su seguro médico con respecto a la cobertura. Al cliente/garante se le cobrará por cualquier saldo restante después de que el seguro haya sido procesado.

*****IMPORTANTE***
COMPLETE AMBOS LADOS**

Nombre de niño _____

edad _____

E. CONSENTIMIENTO PARA VACUNAR

Se me ha dado una copia, y he leído o se me ha explicado la información sobre todas las vacunas propias por la edad y que se indica que estén disponibles. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y entiendo bien los beneficios y riesgos de cada vacuna indicada y doy permiso para que mi hijo/hija reciba las vacunas que se recomienda el Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) y las cuales le tocan.

Si no deseo que mi hijo/hija reciba una de dichas vacunas, las anoto aquí abajo:

_____ Iniciales _____

Yo doy permiso al Eastern Idaho Public Health (Salud Pública del Este de Idaho) y a sus designados que vacunen al niño quien se nombra en este formulario. Se me ha ofrecido una copia de la Declaración de la Práctica de Privacidad.

Firma de consentimiento/permiso _____ Fecha _____

-NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA-

E. To be completed by person administering vaccine

Vaccination Date:		Payer Source		Codes	
EIPH Office: 1250 Hollipark Drive Idaho Falls, ID 83401 (208)533-3235		Insurance Medicaid VFC		Per Shot	
				90471	
				90472 Units _____	
				Per Antigen	
				90460 Units _____	
				90461 Units _____	
Vaccine	Lot Number	Provider Name	Site	Route	
90686	Flulaval 6 mo & up		Left or Right Deltoid: Leg: Arm	IM	
	OTHER		Left or Right Deltoid: Leg: Arm	IM/SQ	
	OTHER		Left or Right Deltoid: Leg: Arm	IM/SQ	
	OTHER		Left or Right Deltoid: Leg: Arm	IM/SQ	
	OTHER		Left or Right Deltoid: Leg: Arm	IM/SQ	

Screening Reviewed and Education Provided by: _____

Antigen Counseling Provided by Allison Barto PA-C

Initial: _____ Date: _____

Checked In Scanned SuperBilled Checked out Historical