

Adult Immunization Consent Form - Español

Clinic Date _____

A. Información de la persona que recibirá vacunas

Nombre del paciente Apellido(s) _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo *feminino masculino*

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. Preguntas de salud para recibir vacunas (circulo Si o No)

Por favor, conteste todas las preguntas sobre el cliente que recibirá la vacuna. Las respuestas pueden determinar si el cliente puede recibir la vacuna en ese momento. Si usted responde "Sí" a cualquiera de las preguntas, por favor explique en el espacio abajo.

Si No 1. ¿Tiene alguna alergia a medicamentos, a alimentos, o a cualquier vacuna?

Si No 2. ¿Ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado?

Si No 3. ¿Ha tenido algún problema de salud con la enfermedad de asma, enfermedad pulmonar, enfermedad cardiaca, enfermedad renal, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), o un trastorno de la sangre?

Si No 4. ¿Ha tenido una convulsión, o problema del cerebro o del sistema nervioso, incluyendo el síndrome de Guillain-Barré?

Si No 5. ¿Tiene cáncer, leucemia, SIDA, tuberculosis activa o cualquier otro problema del sistema inmune.

Si No 6. ¿Ha tomado cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer o ha tenido tratamientos de radiación en los últimos tres (3) meses?

Si No 7. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o productos de sangre, o ha recibido inmunoglobulina (gamma) globulina o una droga antiviral en el último año?

Si No 8. ¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de que usted podría quedar embarazada durante el próximo mes?

Si No 9. ¿Ha recibido vacunas en los últimos cuatro (4) semanas?

Si contestó 'Sí', explique aquí. _____

C. 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 algunos servicios, sin embargo, **EIPH no participa en los planes de proveedores preferidos con todos los seguros médicos**. Se recomienda que usted consulte con su seguro de salud con respecto a la cobertura. Cliente/garante se le cobrará por cualquier saldo restante después de que el seguro ha sido procesado.

Medicare (si aplica): EIPH facturará a Medicare por las vacunas contra la gripe y la neumonía. Otras vacunas serán la responsabilidad del cliente.

D. Consentimiento para vacunar

Se me ha dado una copia y he leído, o se me ha explicado, la información de la Declaración sobre la vacuna para las vacunas apropiadas toda edad indicada que se podría dar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y entender completamente los beneficios y riesgos de cada una de la vacuna indicada y doy consentimiento para recibir cualquier recomendación de la vacuna que se Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).

X _____

Firma del cliente o persona responsable

Fecha: _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

OFFICE USE BELOW

E. To be completed by person administering vaccine

Vaccination Date:				
EIPH Office		Payer Source		Codes
1250 Hollipark Drive Idaho Falls, ID 83401 (208)533-3235		Insurance	Medicare	90471 Flu only 90471 G0008
		State Supplied Adult		90472 90473
Vaccine	Lot Number	Provider Name	Site	Route
90686	Fluarix (Quad)		Left or Right Deltoid: Arm: Leg	IM
90688	Fluzone (Quad) MDV		Left or Right Deltoid: Arm: Leg	IM
90688	Flulaval (Quad) MDV		Left or Right Deltoid: Arm: Leg	IM
90674	Flucelvax (Quad)		Left or Right Deltoid: Arm: Leg	IM
90662	HD Flu		Left or Right Deltoid: Arm: Leg	IM
90715	Tdap		Left or Right Deltoid: Arm: Leg	IM
90686	Fluzone (Quad) (317)		Left or Right Deltoid: Arm: Leg	IM
90715	Tdap (317)		Left or Right Deltoid: Arm: Leg	IM
	Other		Left or Right Deltoid: Arm: Leg	SQ/IM
	Other		Left or Right Deltoid: Arm: Leg	SQ/IM

Screening Reviewed and Education Provided by: _____

Checked In Scanned SuperBilled Checked out Historical