2023

Formulario de Consentimiento Para la Vacuna Contra la Influenza

La Información recolectada en este formulario será usado para documentar la autorización para el recibo de la(s) vacuna(s)

Fecha de Hoy (mes/día/año)	Número de Seguro Social del Paciente:	
Nombre Del Paciente (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)		
Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Género ☐Masculino ☐Femenino	Etnicidad (Marque Uno) ☐Hispano ☐No-Hispano
Raza (Marque todo que aplica) ☐Asiático(a) ☐ Indígena de los EE.UU. O Nativo de Alaska ☐Afroamericano ☐ Nativo de Hawai O de otra Isla del Pacífico ☐ Blanco(a) ☐Otra Raza ☐ Desconocido		Nombre de Soltera de la Madre (Appellido, Primer Nombre, Inicial de Segundo Nombre)

Estatus de Elegibilidad (Marque uno solamente) ☐Indígena de los EE.UU. / Nativo de Alaska ☐Medicaid ☐No Asegurado
Porfavor agrege la tarjeta ☐Seguro Insuficiente ☐ Health choice de NC ☐Asegurado
☐Medicare
Número del Suscriptor:

Nombre del Padre o Tutor Legal Responsable por el Paciente (Apellido, Primer Nombre, Inicial de Segundo Nombre) ***Solamente si es menor de edad***			Relación al Paciente
Dirección de Correo			Caja Postal
Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Número de Teléfono del Hogar		Número de Teléfono del Trabajo	

Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber si usted/su niño(a) puede recibir la Vacuna contra la Influenza. Por favor marque SÍ o NO para cada pregunta.

	SÍ	NO
1. ¿Tiene usted/su niño(a) una alergia seria al huevo?	☐	☐
2. ¿Tiene usted/su niño(a) alguna otra alergia seria? Por favor haga una lista_____	☐	☐
3. ¿Ha tenido usted/su niño(a) una reacción seria a una dosis previa de la vacuna contra la gripe?	☐	☐
4. ¿Ha tenido usted/su niño(a) el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad severa temporal del músculo) dentro de 6 semanas después de haber recibido la vacuna contra la gripe?	☐	☐

Se me ha sido autorizado por el padre, tutor legal o persona que está en lugar de los padres de el/la niño(a) nombrado(a) arriba a obtener las vacunas necesarias para el/la niño(a).

Yo/El/La designado(a) por los padres, he recibido el formulario de información sobre la vacuna (VIS 8/6/2021) sobre la(s) enfermedad(es) y vacuna(s). He tenido la oportunidad de repasar el/los VIS(s) y de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y beneficios de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) incidada(s) abajo se me sea(n) administrada(s) a mi o a la persona por quien estoy authorizado(a) a hacer esta solicitud.

Se me ha proporcionado acceso al Aviso de Derecho de Privacidad del Departamento de Salud del Distrito de Foothills. Estoy de acuerdo con que Medicare, Medicaid y/u otro Seguro, si es aplicable, sea cobrado y autorizo la divulgación de qualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación al seguro. Autorizo el pago de beneficios médicos al Departamento de Salud del Distrito de Foothills.

FIRMA – La persona que va a recibir la vacuna o persona autorizada a firmar en nombre del paciente. X	Fecha:

Vaccine	Lot #	Expiration Date	Nurse Signature	Vaccine Code	Body Site
Afluria				90686	RV LV RD LD
Flulaval (State)				90686	RV LV RD LD
Fluzone High Dose				90662	RV LV RD LD
Fluarix				90686	RV LV RD LD
Fluad				90694	RV LV RD LD
					RV LV RD LD

Counseled: 99401 All applicable vaccines were discussed with the client Yes No
Injection Fee 90471 Dx Code: Z23 R M
G0008 - Medicare Only Select County
NCIR Data Entry by _____ _____
Name Date

Insurance Billed by _____
Initial

FH 2021.003