

CONSENTIMIENTO PARA VACUNACION

Nombre Completo (apellido, primero, iniciales de segundo): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono #: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Masculino ___ Femenino ___

Número de Seguro Social: _____

Yo do permiso a HCMH/HCPH para actualizar el Registro de Inmunizaciones del Sistema Informativo (IRIS). Esto enseñara a su doctor que usted tuvo la vacuna de gripe. Si _____ o No _____

____ Medicare Identificación # (Escriba # y **Incluye Apropiaada Letra**) _____

____ Mande cargos a mi seguro Póliza Identificación #: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Nombre del grupo y numero: _____ Nombre del Seguro: _____

____ **(iniciales)** Yo Solicito que HCMH haga cargos a mi compañía de seguro para este servicio, y autorizo pago de prestaciones por mi compañía de seguro hacerse directamente al Humboldt County Memorial Hospital.

____ Cobro ha Compañía _____ Cantidad de Cobro _____

____ Pago Privado _____ Lugar de Clínica _____

OFFICE USE ONLY:

- ___ Medicare
- ___ Insurance
- ___ Bill Business
- ___ Private Pay
- ___ VFC eligible

Para niños de 6 meses Hasta 18 años: Por favor llene esta sección también.

¿Este niño ha tenido una inyección/roció de gripe? ___

Por favor marque uno de los siguientes:

___ 6 meses hasta 18 años y con el Titulo 19/Medicaid

___ No tiene seguro medico

___ Tiene seguro médico que no cubre inmunizaciones

___ Tiene seguro médico que cubre inmunizaciones

___ Indio Nativo Americano o Atlisqueño Nativo por herencia

Payment Received:
___ Cash ___ Check # _____

Yo he leído la información de la declaración de inmunizaciones o me las han explicado. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna y el consentimiento para recibirlo. Yo acepto la responsabilidad de buscar atención médica de cualquier problema con la vacunación. Yo entiendo que esta vacuna en alguna gente puede causar síntomas como de gripe y en raros incidentes Guillain-Barre Síndrome. **Yo estoy dando consentimiento para la vacuna de la gripe.**

SI NO

___ ___ Yo he tenido una severa (anafiláctico) reacción a la inyección/roció de gripe.

___ ___ Yo tengo alergia al huevo, productos que contienen timerosal (solución de lentes de contacto) o productos que contengan mercurio, gentamicina, o neomicina.

___ ___ Yo estoy moderadamente o severamente enfermo en este momento.

___ ___ Yo tengo historial de Guillain-Barre Síndrome (GBS).

___ ___ Yo tengo alergia a látex (si tiene alergia díglele a la enfermera).

Firma: _____ **Fecha de Hoy:** _____

VIS DATE GIVEN: 8/15/2019

FOR NURSES ONLY: Vaccine Administration Record

INFLUENZA VACCINE

IM / Intradermal / Intranasal

Site: RD / LD / Intranasal / R thigh / L thigh

Mfg/Lot# _____ Date: _____ Administered by: _____

Do they need to return for dose # 2? YES ___ NO ___ If yes, tell them to schedule 2nd dose appt.

FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

RESPONSIBILIDAD FINANCIAL DEL INDIVIDUAL

- Entiendo que soy financieramente responsable de mi deducible de seguro de salud, coaseguro o servicio no cubierto.
- Los copagos deben realizarse en el momento del servicio. Si mi plan requiere una referencia, debo obtenerlo antes de mi visita.
- En el caso de que mi plan de salud determine que un servicio es “no pagable”, seré responsable del cargo completo y aceptare pagar los costos de todos los servicios prestados.
- Si no estoy asegurado, acepto pagar por los servicios médicos que me prestan en el momento del servicio.

Firma del Paciente, Representante Autorizado o Persona Responsable

Fecha

__Registration Complete

Hospital Account # _____

__Billing Complete

__IRIS Entry Complete