



Shelby County Health Department
1600 SR 44, Suite B
Shelbyville, IN 46167

TOTAL

VACUNA CONTRA LA INFLUENZA SIN CONSERVADORES

INFORMATION DEL PACIENTE * * toda la información debe ser completada para procesar * *

Paciente _____ Edad ____ Fecha de Nacimiento __/__/____ Raza _____ Etnicidad _____

Número de teléfono _____ Celular/Texto/Casa Sexo: Mujer Hombre Otro: _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Relación con el paciente: _____ Correo Electrónico _____

Información del seguro: Medicaid Medicare Seguro privado Sin Seguro Otro _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado __/__/____

Numero de la Póliza _____ Numero del Grupo _____ Doctor del Paciente _____

1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy? Explicación: _____

Si No

2. La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a los huevos, productos de pollo, grenetina, o látex?

Si No

3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barre?

Si No

4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)?

Si No

5. Como se enteró sobre esta clínica del flu? _____

Reconozco que se recomienda que permanezca en la clínica 15 minutos después de la vacunación para reducir el riesgo de lesiones por desmayo. Yes

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR: Autorizo al Departamento de Salud del Condado de Shelby a administrar el tratamiento que se considere necesario para la atención del paciente mencionado anteriormente. Certifico que soy el paciente, padre o tutor legal del paciente. También certifico que no se ha garantizado ni asegurado los resultados que se pueden obtener del tratamiento. Considero que el Condado de Shelby, el Departamento de Salud del Condado de Shelby y sus empleados son libres de cualquier responsabilidad como resultado de este tratamiento y cita.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Todos los servicios profesionales prestados se cargan al paciente. Los formularios necesarios se completarán para ayudar a agilizar los pagos de la compañía de seguros. El paciente / padre / responsable es responsable de cualquier saldo no pagado. Los copagos se realizarán en el momento del servicio. Solicito que se paguen los beneficios autorizados de Medicare, Medicaid u otra compañía de seguros al Departamento de Salud del Condado de Shelby por cualquier servicio que me proporcione el Departamento de Salud del Condado de Shelby. Se aplican las reglamentaciones relativas a la asignación de beneficios de Medicare y Medicaid.

RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Reconozco que se me ha brindado la oportunidad de leer el Aviso de prácticas para el Departamento de Salud del Condado de Shelby y que me respondan cualquier pregunta antes de firmar.

RECIBO / REVISIÓN DE LAS HOJAS DE INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA (VIS): Reconozco que se me ha brindado la oportunidad de revisar, tengo copias para llevar del VIS a su disposición, y se me ha brindado la oportunidad de recibir respuestas a cualquier pregunta antes de firmar.

Mi firma indica que estoy de acuerdo con lo anterior y que toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa:

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Staff use only :

NURSES NOTES PRN

6mo THRU 64
VaxCare

65+
High Dose

6mo THRU 18
VFC

19+ (mcaid/mrktpl)
SC \$\$

19+ (Un or Underinsured)
317Adult

Route: IM Site: Right T / D or Left T / D

HPV

Hep A

PCV13

PPSV23

Tdap

Shingrix

Admin/Review by: _____

_____ Date Vaccinated & VIS Provided

CHIRP

VaxCare

INMed