



POLK COUNTY HEALTH DEPARTMENT CONSENTIMIENTO DE INFLUENZA PC3

CLINIC SITE: _____

CLERK INITIALS: _____

Sección A:

Primer Nombre: _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento: __/__/__

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de telefono:() _____ Edad: _____ Genero: Masculino _____ Femenino _____

Sección B:

- 1. Tiene alguna enfermedad cronica como: problemas del corazón, pulmones (Asma), riñones, diabetes, anemia? SI NO
2. Tiene alergia a los huevos ó al timerosal (preservativos usados en vacunas que contengan Mercurio)? SI NO
3. Alguna vez a tenido una reaccion alergica despues de una vacuna (dificultad al respirar, sarpullido en su piel, etc)? SI NO
4. Alguna vez a tenido el sindrome de Guillian Barre? SI NO
5. Se siente enfermo el dia de hoy o con temperatura de 100.1 grados o mas? SI NO

Informacion de aseguranza medica

Sección C

1. Tiene aseguranza medica? SI NO

Si marco SI escriba el nombre de la aseguranza _____ (no aceptamos la aseguranza COVENTRY)

nosotros vamos a cobrarle a su a su aseguranza . Si tiene un co-pago, se le mandara en una factura aparte.

Si eres mayor de 19 años y no tiene aseguranza, el costo es de 25dls. si no puedes dejar el costo completo, cualquier cantidad se le agradece! Cantidad que gusta pagar: _____

Menores de 18 años

Sección D

1. Su aseguranza cubre vacunas? SI NO

2. El niño/a es nativo americano/ nativo de alaska? SI NO

3. El niño/a tiene aseguranza? SI NO

Si usted contesto "SI" alguna de las preguntas de arriba, el costo sera de \$19dls. Si no puede pagar, cualquier cantidad se le agradece!! Cantidad que gusta pagar: _____

4. Su edad es de 6 meses a 18 años de edad y tiene medicaid? SI NO

Si respondio "Si" nosotros le cobraremos a Medicaid por la adiministracion de la vacuna.

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD:

Encargado del Financiamiento (garante): _____

Dirección Residencial: _____

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Relación con el Paciente: _____

Reconosco haber recibido el "Aviso de practicas de privacidad de información de salud "de el Departamento de salud del condado de Polk y entiedo que toda mi informacion es confidencial y solo puede ser compartida con mi consentimiento. He recibido y he tenido la oportunidad de leer la hoja de información para la vacunación contra la gripe y tener la oportunidad de hacer preguntas . Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación. Yo autorizo a los proveedores de atención médica del Departamento de salud del condado de Polk. Entiendo que si el seguro medico no cubre los servicios que recibiré ,me mandaran una factura por estos servicios.

Firma _____

Fecha _____



CLINIC SITE: _____

CLERK INITIALS: _____

***** FOR STAFF ONLY *****

INFLUENZA- VIS DATE: 08/15/2019

Injectable Administration (6mo+): 90471 Z23

Fluzone (0.5ml) Quadrivalent 906

Fluzone *High Dose* 90662
Preferred for 65+

DOSAGE: .50 ML IM

SITE: RD LD RT LT

MANUFACTURER: _____

LOT #: _____

Expiration Date: _____

STAFF SIGNATURE: _____

DATE: _____

OFFICE USE ONLY

TRACKING _____

IRIS _____