CLINIC SITE: _____ CLERK INITIALS: _____

INFORMACION
PACIENTE Y CONSENTIMIENTO DE VACUNACION

NOMBE: APELLIDO: _____**PRIMER NOMBRE:** _____**INITIAL:**_____

FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____ **EDAD:** _____ **MUJER** **HOMBRE**

DIRECCION: _____ **CUIDAD:** _____ **ESTADO:** ___ **CODIGO POSTAL:** _____

NUMERO DE TELEFONO: (_____) _____ **CONDADO:** _____

1. ¿Tiene alergia a huevos o thimerosol (un mercurio- que contiene preservativos usados en las vacunas)?.....**SI NO**
2. ¿Ha tenido una reacción alérgica u otro problema después de las vacunas como?
   (Falta de aliento, ronchas, dificultad para respirando, etc.)……**SI NO**
3. ¿Ha estado paralizado por causa del Síndrome Guillain-Barre?.....**SI NO**
4. ¿Se siente bien hoy?..... ..... ……**SI NO**

Solo complete preguntas 5-10 <u>SI</u> usted esta entre 2-49 años <u>Y</u> quiere el FLUMIST

5. ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo de enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, alguna enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia o otra enfermedad de la sangre?.....**SI NO**
6. ¿Tiene el sistema inmunológico débil debido al VIH/SIDA, tratamiento a largo plazo con medicamentos como esteroides, o tratamiento contra el cáncer con rayos X o medicamentos ?.....**SI NO**
7. ¿Vive, o espera tener contacto cercano, con una persona que tiene el sistema inmunológico gravemente afectado y que tiene estar un ambiente protegido?..... **SI NO**
8. ¿Recibe terapia con aspirinas o terapia que contenga aspirina?..... **SI NO**
9. ¿Ha recibido alguna otra vacuna en las ultimas 4 semanas?..... **SI NO**
10. ¿Esta embarazada o es posible podría embarazada en el próximo mes?..... **SI NO**

.....

¿Como escucho usted de esta clínica? Periódico Sitio de Internet Línea de Ayuda la Gripe TV/Radio Noticias Otro_____

¿Tiene aseguranza/seguro medico? **SI (IF YES- Please REFER TO BACK SIDE OF FORM) NO**

Una donación de $15 es sugerida, si usted es incapaz de donar aquella cantidad, cualquier donación que usted pueda hacer es apreciada. Si usted decide donar, por favor indique la cantidad donada aquí. $_____.

Por favor haga sus cheques de pago para PCHD. Gracias.

<u>POR FAVOR NOTE: EL CONSENTIMIENTO PARA CADA PACIENTE</u>

Al firmar este documento, yo reconozco que he recibido una copia de **"El aviso de Privacidad de la Información de Salud"** del Departamento de Salud del Condado de Polk. **Iniciales** _____

Yo he recibido y leído la información sobre la vacuna de la gripe y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Yo comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna de la gripe y solicito que se me de la vacuna a mi o a la persona quien esta nombrada abajo para quien yo autorizó esta solicitud. **Al firmar esta forma yo solicito que el pago sea autorizado a Medicare o beneficios Humanos, o Medicaid sea pagado directamente EL Departamento de Salud del Condado de Polk.**

FIRMA_____**FECHA**_____

(Persona que recibirá o/ autoriza la solicitud de esta vacuna- Padre o/ Tutor Legal)

** STAFF ONLY **

The Polk County Health Department can ONLY bill the following insurances:

MEDICARE PART B, MEDICAID, HUMANA, WELLMARK, and RAILROAD MEDICARE

If patient has one of these insurances, please complete the appropriate information below:

Medicare Part B: MEMBER NAME_____

ID #_____

Medicaid: MEMBER NAME_____

ID #_____

Humana: MEMBER NAME _____

ID # _____

GROUP # _____

ADDRESS: _____

Wellmark: MEMBER NAME _____

ID # _____

NAME OF PLAN--- PLEASE CIRCLE

Alliance Select Blue Access Blue Advantage Blue Choice

Classic Blue Select First Medicare Blue Hawk-I

Railroad Medicare: MEMBER NAME _____

ID # _____

VFC (if child): YES NO

VACCINATION ADMINISTERED

Nurse Signature:_____Date:_____

FLU **CPT: 90658 & 90471**

Vaccine:_____ **Exp. date:** _____

Lot #_____ **Mfr:**_____

NDC #_____

Site of Injection ☐ **Right Deltoid** ☐ **Left Deltoid**

FLU MIST: **CPT: 90660 & 90473**

Vaccine:_____ **Exp. date:** _____

Lot #_____ **Mfr:**_____

NDC #_____

PNEUMONIA: **CPT: 90732 & 90471**

Vaccine:_____ **Exp. date:** _____

Lot #_____ **Mfr:**_____

NDC #_____

Site of Injection ☐ **Right Deltoid** ☐ **Left Deltoid**

Diagnosis:

Flu or Mist Only: V04.81

Pneumonia Only: V03.82

Flu and Pneumonia: V06.6