

CONSENTIMIENTO PARA VACUNAS

Corporativo Salud



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

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

Fecha De Nacimiento: _____ Masculino _____ Femenino _____ Cuenta # _____

Porfavor: marque uno de los siguientes pagos:

_____ Medicare Parte B (Escriba # y Incluye Apropiada Carta) _____

Yo entiendo si yo cargo "no tradicional" Medicare cobertura como HMO o Cargos para plan de Servicio, Yo voy hacer responsable para el pago de la vacuna de la gripe o roció. NOSTROS NO COBRAMOS A MEDICAID, HUMANA, O CUALQUIR SEGURO PRIVADO.

_____ Pago de cargo de vacunas: _____ \$20.00 Gripe Inyección _____ \$25.00 Gripe/Roció **(Marque Uno)**

_____ \$20.00 Intradermal _____ Alta Doses (para edades 65 y mas)

Office Use Only:

_____ Medicare

_____ Corporate Health

_____ VFC eligible/Insurance

Payment Received

_____ Cash

_____ Check # _____

Para Niños 6 meses hasta 18 años: Porfavor llene en esta Sección También

¿Este niño a tenido alguna vez la vacuna de gripe/roció? _____ Actual Edad _____

Nombres Completos de Los Padres: _____

Porfavor marque uno de los siguientes:

_____ 6 meses a 18 anos con Title 19/ Medicaid: **Nosotros No Cobramos Medicaid**

_____ No tiene seguro de salud

_____ Tiene seguro de salud que no cubre inmunizaciones

_____ Tiene seguro de salud que cubre inmunizaciones

_____ Indio Nativo Americano o Alasqueño Nativo por herencia

Yo e leído la información de la declaración de inmunizaciones o me las an explicado. Yo e tenido la oportunidad de hacer preguntas y an sido contestadas a me 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 vacunizacion. 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 e tenido una severa (anaphylactic) reacción a la inyección de gripe.

_____ Yo tengo alergia al huevo, productos que contienen thimerosal (solución de lentes de contacto) o productos que contengan mercurio.

_____ Yo estoy moderadamente o severamente enferma en este momento.

_____ Yo tengo historial de Guillain-Barre Síndrome (GBS)

_____ Yo tengo alergia a látex (si tiene alergia dígle a la enfermera).

Yo do permiso a HCMH para la actualización del Registro Informativo de Iowa al sistema de (IRIS), solicite a HCMH que le cobre a me seguro para este servicio, y autorizo pago de beneficios por me compañía de seguro que sea directamente a Humboldt County Memorial Hospital.

Firma: _____ Fecha de Hoy: _____

FOR NURSES ONLY: vaccine Administration Record

INFLUENZA VACCINE

IM / High dose 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.