

Spanish

Shelby County Health Department
20 W Polk St, Suite 202
Shelbyville, IN 46167



VACUNA CONTRA LA INFLUENZA SIN CONSERVADORES

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

Paciente _____ 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. **Reconozco que se recomienda que permanezca en la clínica 15 minutos después de la vacunación para reducir el riesgo de lesiones por desmayo.** Si **Por favor marque la caja para confirmar la lectura del comunicado.**

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. **Si soy un empleado del condado, entiendo que mi nombre se entregará a la oficina de comisionados del condado para recibir la vacuna contra la gripe.**

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 *Imprimir Nombre* *Fecha*

Staff use only :

6mo THRU 18 19+ (MHS) 19+ (Un or Underinsured)
VaxCare High Dose 65+ VFC SC \$\$ 317Adult

Route: IM Site: Right Deltoid Left Deltoid Right Thigh Left Thigh

Admin/Review by: _____ CHIRP VaxCare Co. Employee
Date Vaccinated & VIS Provided