

Consentimiento para tratamiento Vacuna de influenza (gripe)

✓ Por favor escriba los cheques a Front Range Flu Shots, LLC or FRFS.

Imprima: Apellido				Nombre		Inicial	
Fecha de nacimiento	Mes	Día	Año	<input type="checkbox"/> Hombre	Teléfono ()		
			Edad	<input type="checkbox"/> Mujer			
Dirección: Calle				Ciudad	Estado	Código Postal	

La Cuenta para seguro médico: Por favor conteste todas las preguntas abajo. Ojo: Medicare Parte B pagará su vacuna de influenza solamente si Medicare Parte B es su seguro médico primario.

- 1.) Tengo Medicare y otro plan de seguro médico: Sí No
- 2.) Medicare Parte B es mi seguro médico primario: Sí No
- 3.) Miembros de Medicare inscritos en un HMO deben pagar por efectivo o cheque. ¿Tiene seguro de HMO? Sí No
- 4.) Miembros de Kaiser deben pagar por efectivo o cheque. ¿Tiene seguro médico de Kaiser? Sí No

Por favor, dé Ud. toda la infomación aplicable:

Imprima su nombre como aparece en su tarjeta de seguro médico: _____

<input type="checkbox"/> Medicare Advantage Plan:	Miembro # _____	
_____	Dirección de la demanda médica:	_____
<input type="checkbox"/> Medicare Part B	Miembro #	# ____ - ____ - ____ letra(s) ____
<input type="checkbox"/> Railroad Medicare Part B	Miembro #	letra(s) ____ # ____ - ____ - ____
<input type="checkbox"/> Cofinity	Miembro #	_____
<input type="checkbox"/> Douglas County School District Cigna	Miembro #	779 _____
<input type="checkbox"/> Rocky Mountain Health Plans	Miembro #	_____ - ____

Por favor conteste las siguientes preguntas y firme Ud. y escriba la fecha abajo:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1. ¿Ha tenido una vacuna de influenza antes? | Sí No |
| 2. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la gripe? | Sí No |
| 3. ¿Tiene una alergia o una sensibilidad a los hueros (de gallinas) o a las proteínas de huevos? | Sí No |
| 4. ¿Jamás ha tenido una reacción alérgica a algún componente de la vacuna de la gripe, incluyendo Thimerosal? Describa: _____ | Sí No |
| 5. ¿Tiene una fiebre ahora mismo? ¿Está Ud. enfermo con una enfermedad no muy grave o grave con o sin fiebre? | Sí No |
| 6. ¿Ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave temporal, también llamado GBS)? | Sí No |
| 7. ¿Jamás ha tenido una reacción grave a otra vacuna? Describa: _____ | Sí No |

★ He recibido el informe, Vacuna desactivada contra la influenza (2010-11). He leído o se me ha explicado la hoja informativa. He tenido la oportunidad de reparar FRFS's Notice of Privacy Practices y sé que puedo pedir una copia. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, que fueron contestadas satisfactoriamente. Creo que comprendo los beneficios y los riesgos de recibir esta vacuna y le doy mi consentimiento para recibir la vacuna (para mí o para la persona para quien estoy autorizado hacer esta petición). Yo libero a Front Range Flu Shots, LLC (este proveedor), sus trabajadores y voluntarios de cualquier responsabilidad por cualquier resultado (contraer la influenza o otras enfermedades respiratorias o sufrir de alguna reacción grave después de recibir esta vacuna.

★ Comprendo que debo pagar Front Range Flu Shots LLC si la vacuna no está pagada por mi compañía de seguro médico.

★ Comprendo que hay un costo de \$25 por los cheques devueltos.

Firma de la persona responsable: _____ **Fecha:** _____

Insurance Coding Information	Do not write below this line.										
Federal Tax ID: 743077363 Service Location: 11 Diagnosis Code: V04.81 Procedure Code: 90658 Administration Code: G0008 RMHP Administration Code: 90471 Charge: \$ Clinic Location:	<h2 style="margin: 0;">INFLUENZA VACCINE</h2> <hr/> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Injection site:</td> <td style="width:50%;">Nurse's Initials _____</td> </tr> <tr> <td>____.50 ml Left Deltoid</td> <td style="text-align: right;">Date _____</td> </tr> <tr> <td>____.50 ml Right Deltoid</td> <td style="text-align: right;">Mfg (Circle one) Sanofi / Novartis / GSK</td> </tr> <tr> <td>____.50 ml Left Vastus Lateralis</td> <td style="text-align: right;">Lot # _____</td> </tr> <tr> <td>____.50 ml Right Vastus Lateralis</td> <td></td> </tr> </table>	Injection site:	Nurse's Initials _____	____.50 ml Left Deltoid	Date _____	____.50 ml Right Deltoid	Mfg (Circle one) Sanofi / Novartis / GSK	____.50 ml Left Vastus Lateralis	Lot # _____	____.50 ml Right Vastus Lateralis	
Injection site:	Nurse's Initials _____										
____.50 ml Left Deltoid	Date _____										
____.50 ml Right Deltoid	Mfg (Circle one) Sanofi / Novartis / GSK										
____.50 ml Left Vastus Lateralis	Lot # _____										
____.50 ml Right Vastus Lateralis											