



Consentimiento para tratamiento Vacuna de influenza (gripe)

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

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

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

Dirección: Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
------------------	--------	--------	---------------

Complete esta sección solamente si el seguro paga la cuenta. Es posible que un co-pago sea necesario. No aceptamos Kaiser.

<input type="checkbox"/> Aetna	<input type="checkbox"/> Cofinity*	<input type="checkbox"/> Meritain*	Miembro # _____	Group # _____
<input type="checkbox"/> Cigna (Connect Not Accepted)			Miembro # _____	Group # _____
<input type="checkbox"/> HealthPartners			Miembro # _____	Group # _____
<input type="checkbox"/> Humana (HMOx Not Accepted)			Miembro # _____	Group # _____
<input type="checkbox"/> Medicare Part B Primary Plan			Miembro # _____	Group # _____
<input type="checkbox"/> Medicare Advantage Plan: _____			Miembro # _____	Payer ID _____
<input type="checkbox"/> Rocky Mountain Health Plans			Miembro # _____	Group # _____

La relación del paciente a la persona asegurada: • Ud. Mismo • Esposo/a • Niño/a • Otro/a

*Cofinity or *Meritain proporcionar un teléfono de seguro # _____ Dirección de reclamos _____

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. ¿Tiene una alergia o una sensibilidad a los huevos (de gallinas) o a las proteínas de huevos? | Sí | No |
| 3. ¿Jamás ha tenido una reacción grave o alérgica a algún componente de la vacuna, incluyendo thimerosal? | Sí | No |
| 4. ¿Tiene una fiebre ahora mismo? ¿Está Ud. enfermo con una enfermedad no muy grave o grave con o sin fiebre? | Sí | No |
| 5. ¿Ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave temporal, también llamado GBS)? | Sí | No |
| 6. ¿Jamás ha tenido una reacción grave a otra vacuna? | Sí | No |

Explique sus reacciones graves o alérgicas: _____

★ Se me ha proporcionado la actual Declaración de Información sobre la Vacuna contra la Influenza CDC. He leído o me han explicado la información. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y, de haberlas, se respondieron a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito que se me administre la vacuna a mí o a la persona nombrada en este formulario para la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud. Acepto que Front Range Flu Shots, LLC (FRFS) no tendrá ninguna responsabilidad si la persona nombrada contrae influenza o cualquier otra enfermedad respiratoria o sufre alguna reacción adversa después de la administración de la vacuna contra la influenza.

★ Aviso de prácticas de privacidad: la información en el formulario de consentimiento es la única información que FRFS tiene sobre usted. La información se puede usar y divulgar para fines de reembolso del seguro y para proporcionar tratamiento de emergencia si se desarrolla una emergencia como resultado de esta inmunización. Previa solicitud, se le puede enviar un recibo o una copia de este formulario a usted o a una persona autorizada por correo, correo electrónico o fax. Cualquier otro lanzamiento requeriría su autorización. Puede revisar y solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad de FRFS.

★ Entiendo que soy responsable del pago a FRFS si la compañía de seguros no cubre completamente la vacuna y hay una tarifa de \$ 25 por los cheques devueltos.

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

Insurance Coding and Billing Information for Influenza Vaccination					Do not write below this line.	
Front Range Flu Shots, LLC • 7421 S. Curtice Ct., Littleton, CO 80120 Phone 303-797-3396 • Fax 303-797-3397 • Federal Tax ID: 743077363					VIS Provided: Inactivated Influenza Vaccine 08/07/2015	
Influenza Type	Quadrivalent Shot	Quadrivalent Flucelvax Shot	Fluzone High Dose Shot	Amount Paid	Injection site (0.50mL)	
Service Location:	60	60	60		____ Left Deltoid	RN _____ Date _____
Diagnosis Code: ICD-10	Z23	Z23	Z23		____ Right Deltoid	Mfg _____
Vaccine Admin. Code:	90471	90471	G0008	\$ _____		Lot # _____
Vaccine Code:	<input type="checkbox"/> 90686 (S)	<input type="checkbox"/> 90674 (S)	90662	\$ _____		Exp. Date _____
	<input type="checkbox"/> 90688 (M)	<input type="checkbox"/> 90756 (M)		\$ _____		

Clinic Location: _____