



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Vacuna de INFLUENZA (GRIPE)

✓ Por favor escribe los cheques a Front Range Flu Shots, LLC o FRFS

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro
Apellidos	Nombres	Fec. Nac. (MM - DD - AAAA)	Edad	Género

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección de Casa	Apto. #	Ciudad	Estado	Zip	Teléfono#: <input type="checkbox"/> Casa o <input type="checkbox"/> Celular

Esta sección se debe completar solo si estamos facturando su seguro médico.
 Se puede aplicar un copago. NO ACEPTAMOS Kaiser. Organizaciones de proveedores exclusivos (EPOs) y planes de seguros privados individuales y familiares NO SON ACEPTADAS, incluido, entre otros, Cigna Connect, Cigna Freedom y Humana HMOX. NO SE ASCEPTA UnitedHealthcare CORE, Charter, Navigate, Centura, Medicare Advantage, Colorado Doctors Plan, ni cualquier política a corto plazo.

Aetna Cofinity Meritain: Cofinity & Meritain Insurance Teléfono# _____ Dirección de Reclamos _____
 Cigna
 HealthPartners
 Humana
 Medicare Part B es mi Plan de Seguro Primario o Railroad Medicare es mi Plan de Seguro Primario
 Medicare Advantage Plan: _____
 Rocky Mountain Health Plans
 UMR Teléfono# _____ Dirección de Reclamos _____
 UnitedHealthcare

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ud. <input type="checkbox"/> Esposo/a* <input type="checkbox"/> Hijo/a* <input type="checkbox"/> Otro*
Numero de identificación del miembro del seguro	Plan Grupal o identificación del pagador	Relación del paciente con el asegurado primario
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ud. <input type="checkbox"/> Esposo/a* <input type="checkbox"/> Hijo/a* <input type="checkbox"/> Otro*
*Nombre del Asegurado Primario	*Identificación del Asegurado Primario	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	*Fec. Nac. del Primario (MM/DD/AAAA) y Género

Responde a las siguientes preguntas, con su firma y la fecha:

- ¿Actualmente tiene fiebre, escalofríos o enfermedad moderada o grave, con o sin fiebre? Temperatura: _____ Si No
- ¿Tiene tos, falta de aliento o dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida de sabor u olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos o diarrea? Si No
- ¿Alguna vez te has vacunado contra la gripe? Si No
- ¿Tiene antecedentes de hipersensibilidad (alergia) a los huevos de gallina o la proteína del huevo? Si No
- ¿Alguna vez ha tenido una reacción adversa o alérgica a algún componente de la vacuna, incluido el timerosal? Si No
- ¿Tiene antecedentes de Síndrome de Guillain-Barré (una enfermedad parálítica, también llamada GBS)? Si No
- ¿Alguna vez ha tenido una mala reacción a alguna otra vacuna? Si No

Explique cualquier reacción adversa o alérgica: _____

- * Se ha proporcionado a mí la *Declaración de información sobre la vacuna contra la influenza* actual del CDC. He leído o me han explicado la información. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y fueron respondidas a mi entera satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna y solicito que me la administren a mí o a la persona nombrada en este formulario para la cual estoy autorizado a hacer esta solicitud. Estoy de acuerdo de que Front Range Flu Shots, LLC (FRFS) no tendrá responsabilidad u obligación si yo o la persona nombrada contraemos influenza o cualquier otra enfermedad respiratoria o sufrimos alguna reacción adversa luego de la administración de la vacuna contra la influenza.
- * **Aviso de prácticas de privacidad:** la información en este 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 que resulta 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 uso de esta información 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 vacunación y hay un cargo de \$30 por los cheques devueltos.

Firma de la persona responsable: _____ Fecha: _____

Insurance Coding and Billing Information for Influenza Vaccination						VIS Provided: Inactivated Influenza Vaccine 08/15/2019	
Front Range Flu Shots, LLC • 7421 S. Curtice Ct., Littleton, CO 80120 Phone 303-797-3396 • Fax 303-797-3397 • Federal Tax ID: 743077363						RN _____ Date _____	
Influenza Type	Quadrivalent Shot	Quadrivalent Flucelvax Shot	Fluzone High Dose Shot	Seqirus Fluad Shot	Amount Paid	Injection site (0.50mL)	
Service Location:	60	60	60	60	\$ _____	<input type="checkbox"/> L Deltoid	
Diagnosis Code: ICD-10	Z23	Z23	Z23	Z23		<input type="checkbox"/> R Deltoid	
Vaccine Admin. Code:	90471	90471	G0008	G0008		Mfg _____	
Vaccine Code:	<input type="checkbox"/> 90686 (S) <input type="checkbox"/> 90688 (M)	<input type="checkbox"/> 90674 (S) <input type="checkbox"/> 90756 (M)	90662	90694	Lot # _____		
						Exp. Date _____	

Clinic Location: _____ Invoice _____

Aetna CIGNA Cofinity DCSD Health Partners Humana MC MEDADV Meritain RMHC Comp Cash _____ Check # _____

Credit Card Charged at Clinic Yes No Email: _____ Name _____ No# _____ Exp. Date _____ Security Code _____ Zip Code _____ 06.17.2020