



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:

 Hombre
 Mujer
 Otro

Apellidos

Nombres

Fec. Nac. (MM - DD - AAAA)

Edad

Género

Dirección de Casa

Apto. #

Ciudad

Estado

Zip

Teléfono#: Casa o 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 _____
- Anthem
- 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

Numero de identificación del miembro del seguro

Plan Grupal o identificación del pagador

 Ud. Esposo/a* Hijo/a* Otro*

Relación del paciente con el asegurado primario

*Nombre del Asegurado Primario

*Identificación del Asegurado Primario

*Fec. Nac. del Primario (MM/DD/AAAA) y Género

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

1. ¿Actualmente tiene fiebre, escalofríos o enfermedad moderada o grave, con o sin fiebre? Si No
2. ¿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
3. ¿Alguna vez te has vacunado contra la gripe? Si No
4. ¿Tiene antecedentes de hipersensibilidad (alergia) a los huevos de gallina o la proteína del huevo? Si No
5. ¿Alguna vez ha tenido una reacción adversa o alérgica a algún componente de la vacuna, incluido el timerosal? Si No
6. ¿Tiene antecedentes de Síndrome de Guillain-Barré (una enfermedad parálítica, también llamada GBS)? Si No
7. ¿Alguna vez ha tenido una mala reacción a alguna otra vacuna? Si No

Explique cualquier reacción adversa o alérgica: _____ T_____

* 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*.

* **Información de notificación CIIS** La información sobre las vacunas suya o la de su hijo puede ser informado al Sistema de Información de Inmunización de Colorado (CIIS), un registro de vacunación confidencial, seguro y en todo el estado. Puede optar por excluir su información o la de su hijo de CIIS en cualquier momento. Consulte a su proveedor de atención médica para obtener más información.

* 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

Front Range Flu Shots, LLC • 7421 S. Curtice Ct., Littleton, CO 80120
Phone 303-797-3396 • Fax 303-797-3397 • Federal Tax ID: 743077363 • NPI: 1598801615

VIS Provided: Inactivated Influenza Vaccine 8.6.21

Influenza Type	Quadrivalent Shot	Quadrivalent Flucelvax Shot	Fluzone High Dose Shot	Seqirus Fluad Shot	Amount Paid	Injection site (0.50mL)	RN	Date
Service Location: Diagnosis Code: ICD-10 Vaccine Admin. Code: Vaccine Code:	60 Z23 90471 <input type="checkbox"/> 90686 (S) <input type="checkbox"/> 90688 (M)	60 Z23 90471 <input type="checkbox"/> 90674 (S) <input type="checkbox"/> 90756 (M)	60 Z23 G0008 90662	60 Z23 G0008 90694	\$_____	<input type="checkbox"/> L Deltoid <input type="checkbox"/> R Deltoid	Mfg	Lot #
							Exp. Date	

Clinic Location: _____ Invoice _____ (8.9.21)

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