



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 Centura 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 Plan: _____

<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"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro
*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						VIS Provided: Inactivated Influenza Vaccine 8.6.21	
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						RN _____ Date _____	
Influenza Type Service Location: Diagnosis Code: ICD-10 Vaccine Admin. Code: Vaccine Code:	Quadrivalent Shot 60 Z23 90471 <input type="checkbox"/> 90686 (S) <input type="checkbox"/> 90688 (M)	Quadrivalent Flucelvax Shot 60 Z23 90471 <input type="checkbox"/> 90674 (S) <input type="checkbox"/> 90756 (M)	Fluzone High Dose Shot 60 Z23 G0008 90662	Seqirus Fluad Shot 60 Z23 G0008 90694	Amount Paid \$ _____	<input type="checkbox"/> L Deltoid <input type="checkbox"/> R Deltoid	Mfg Lot # Exp. Date

Clinic Location: _____ Invoice _____ (8.16.22)

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