



# 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
<b>Apellidos</b>	<b>Nombres</b>	<b>Fec. Nac. (MM - DD - AAAA)</b>	<b>Edad</b>	<b>Género</b>

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

**Esta sección se debe completar solo si estamos facturando su seguro médico.** Se puede aplicar un copago. Usted es responsable del pago si la vacuna no está cubierta por el seguro. Los beneficios están sujetos a todas las limitaciones del contrato y al estado de elegibilidad del miembro. LOS SEGUROS QUE NO SE ACEPTAN incluyen, entre otros: Kaiser, Medicaid, Cigna True Choice Medicare PPO, Freedom, Humana HMOX, UHC Centura, planes DU.

- Aetna  First Health  Meritain
- Anthem BCBS
- Cigna
- HealthPartners
- Humana
- Medicare Part B es mi Plan de Seguro Primario o  Railroad Medicare es mi Plan de Seguro Primario
- Medicare Advantage Plan: \_\_\_\_\_ · HMO · PPO
- UMR
- 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*
Número 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. ¿Alguna vez te has vacunado contra la gripe?  | Si | No |
| 2. ¿Actualmente tiene fiebre, escalofríos o enfermedad moderada o grave, con o sin fiebre?   | Si | No |
| 3. ¿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 |
| 4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción adversa o alérgica a algún componente de la vacuna, incluido el timerosal?   | Si | No |
| 5. ¿Tiene antecedentes de Síndrome de Guillain-Barré (una enfermedad parálitica, también llamada GBS)?   | Si | No |
| 6. ¿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

Influenza Type	Quadrivalent Shot	Quadrivalent Flucelvax Shot	Fluzone High Dose Shot	Seqirus Fluad Shot	Amount Paid
Service Location:	60	60	60	60	\$ _____
Diagnosis Code: ICD-10	Z23	Z23	Z23	Z23	
Vaccine Admin. Code:	90471	90471	G0008	G0008	
Vaccine Code:	<input type="checkbox"/> 90686 (S) <input type="checkbox"/> 90688 (M)	<input type="checkbox"/> 90674 (S) <input type="checkbox"/> 90756 (M)	90662	90694	

Injection site 0.5mL	VIS Provided: Inactivated Influenza Vaccine 8.6.21
<input type="checkbox"/> L Deltoid	RN _____ Date _____
<input type="checkbox"/> R Deltoid	Mfg _____
Fluzone High-Dose 0.7mL	Lot # _____
	Exp. Date _____

Clinic Location: \_\_\_\_\_ Invoice \_\_\_\_\_ (813.23)

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