



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

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. 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, Humana HMOX, UHC Centura, Freedom, planes DU.

- ☐ Sí ☐ No ¿Permiso para enviar correos electrónicos para fines médicos o de seguro? Correo electrónico: _____
- ☐ Sí ☐ No ¿Permiso para dejar un mensaje de voz o de texto? En caso afirmativo, especifique: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Mensaje de voz ☐ Mensaje de texto
- ☐ 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: _____

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

☐ Hombres ☐ Mujeres ☐ Otro

*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 paralítica, 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	Trivalent Shot	Trivalent Flucelvac Shot	Fluzone High Dose Shot	Seqirus Flud 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:	☐ 90656 (S) ☐ 90658 (M)	☐ 90661	90662	90653	\$ _____

Injection site

0.5mL

☐ L Deltoid

☐ R Deltoid

VIS Provided: Inactivated Influenza Vaccine 1/31/2025

RN _____ Date _____

Mfg

Lot #

Exp. Date

Clinic Location: _____

8.5.25

Invoice _____

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

☐ Comp ☐ Cash ☐ Check # _____