

Formulario de Entrada de Datos de Influenza Estacional y Neumococo

Apellido		Nombre		2do Nombre Inicial	Fecha de Nacimiento	Edad	Género <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male
Dirección				Ciudad	Estado		Código Postal
Número De Teléfono ()		<input type="checkbox"/> Cellular <input type="checkbox"/> Casa	Seguro Social	Origen Étnico: Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza: <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro Pacifico Islandés <input type="checkbox"/> White		
Lenguaje:: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado			Nos da permiso para ponernos en contacto con usted: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Información sobre el Seguro Medico

El paciente tiene seguro médico Sí No **Sí marco que sí, por favor conteste las siguientes preguntas sobre su seguro médico.**

Si no tiene seguro médico y quiere ser considerado para recibir la vacuna sin costo, denos la siguiente información de ingreso familiar. **Yo elijo no reportar mi ingreso.** Yo entiendo que pagare \$25.00 dólares por la vacuna.

Ingreso bruto de la familia: \$ _____ **Número de personas en la familia:** _____

<input type="checkbox"/> Medicaid/Soonercare	Numero de Medicaid:	Nombre completo como está escrito en la tarjeta de Medicaid	Apellido de soltera de la madre: (Requerido para menores solamente)
<input type="checkbox"/> Seguro Privado	Seguro Médico Principal:	Nombre del Asegurado:	Numero de Grupo: <input type="checkbox"/> Seguro Privado
	Seguro Médico Secundario:	Nombre del Asegurado:	Numero de Grupo:
<input type="checkbox"/> Medicare	Tiene Medicare Parte B: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Medicare es Principal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Numero de Medicare:

Yo he leído o se me ha explicado en la hoja de Información de las vacunas acerca de la enfermedad (es) de la Influenza o de la Neumococo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que me fueron Contestadas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna (s) y pido que se me apliquen las vacunas a mí o a la persona por quien estoy autorizado mediante esta petición. Yo he leído el Artículo de Información Sobre prácticas privadas de Salud (HIPPA) y entiendo que mi información puede ser proporcionada a oficiales de escuelas, oficiales de salud pública, profesionales de salud, y entidades de seguro médico.

Yo autorizo a THD mandar cobrar a mi seguro médico (si es aplicable) por los servicios proveidos y yo entiendo que soy responsable de cualquier porción no cubierta por mi seguro.

Firma: X _____ **Fecha:** _____

Preguntas de Detección Médica

- ¿Sufre hoy de fiebre, infección u otra enfermedad? Sí No
- La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)? Sí No
- La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a algún componente de la vacuna? Sí No
- ¿Ha sufrido del síndrome Guillan-Barre (enfermedad de parálisis)? Sí No
- ¿El paciente ha recibido la vacuna contra la neumonía? Sí No

For Office Use Only

VFC Eligibility Status: 1-Medicaid 2-Native American 3-Native Alaskan 4-Underinsured 5-No Insurance

Payment Source: No Charge Payment \$ _____ Cash Check # _____ CC

Billing Insurance: BCBS Cigna Community Care Health Choice Medicaid Medicare
 Vendor: _____

Vaccine Type	Date	Lot Number	Site	Signature / Initials	Vaccine Type	Date	Lot Number	Site	Signature / Initials
FLUCEL VAX 4yr-18yr VFC					AFLURIA 6mo & up				
FLUARIX 6mo-18yr VFC					FLUZONE 6mo & up				
FLUZONE 6mo-18yr VFC					FLUZONE 65r & up				
FLULAVAL 6mo-18yr VFC					FLUMIST 2yr & up				
FLUMIST 2yr-18yr VFC									
					PNEUMOVAX				
					PREVNAR 13				
FLUCEL VAX 18yr & up 317									