

Formulario de Firma de la Clínica Flu

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
Primer Nombre	Apellido	Inicial	Fecha de Nacimiento		
<hr/>			<hr/>	<input type="checkbox"/> Persona Responsable	
Nombre de Padre o Guardián (Para los menores de edad)			Fecha de Nacimiento		
<hr/>		<hr/>		<hr/>	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal		
<hr/>					
<input type="checkbox"/> cel <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> SI, puede enviar recordatorios de mensajes de texto a este número de teléfono					
Numero de Teléfono					
<hr/>		<hr/>		<hr/>	
Nombre de la compañía de seguros		Numero de Identificación	Numero de Grupo		
<hr/>		<hr/>		<hr/>	
Nombre del Titular de la Poliza		Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza	*** NOTA: sin información del seguro, se le facturarán directamente sus vacunas.		

Para pacientes: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que no deba vacunarse. Solo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, consulte la parte posterior de esta página o solicite a su proveedor de atención médica para que se la explique.

SI NO N/A

SI	NO	N/A	Pregunta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacunación (por ejemplo, erupción cutánea, ronchas, dificultad para respirar)? Por favor escriba la reacción(es):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia, otro trastorno sanguíneo o una afección crónica para la que usted ve un médico? Por favor indique su (s) condición (es) crónica (s):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Está usted enfermo hoy con fiebre o diarrea?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH / SIDA, o cualquier otro problema del sistema inmunológico? Por favor escriba:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿En los últimos 3 meses , ha tomado medicamentos que afectan su sistema inmunológico, como la prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; O ha tenido tratamientos de radiación? Por favor escriba los medicamento(s):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Tiene alergia a alguno de los siguientes? Por favor circule cuál (es): <i>látex / neomicina / gentamicina / levadura / gelatina / glutamato monosódico / huevos</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Para adultos: ¿ha recibido una vacuna neumocócica? Por favor complete: <input type="checkbox"/> Prevnar 13 Fecha: _____ (Liberado 08/2014) <input type="checkbox"/> Pneumovax 23 Fecha: _____ (Liberado 1983)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Para las mujeres: ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Ha tenido convulsiones o problemas cerebrales o con el Sistema nervioso?

FOR OFFICE USE ONLY

	Site	Lot #		Site	Lot #
Flu / I-Flu / H-Flu:	_____	_____	Pneu23 / Prev13:	_____	_____
Flumist:	_____	_____	Other:	_____	_____
Other:	_____	_____	RN Signature:	_____	_____

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

Nombre del Paciente
(Por favor imprimir)

Fecha de Nacimiento
del Paciente

Nombre del Padre si es menor
(Por favor imprimir)

Firma

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS MEDICOS

Servicios de Inmunizacion

- Se me ha ofrecido copias (electrónicas y / o en papel) de las Declaraciones de Información sobre Vacunas para todas las vacunas que se administraran hoy.
- Entiendo que las vacunas no son obligatorias y pueden ser rechazadas por razones religiosas y / o de otro tipo.
- Entiendo los beneficios, riesgos o complicaciones de las vacunas. (Más información sobre las vacunas que se ofrecen está disponible bajo petición).
- Entiendo que todos los registros de inmunización serán registrados en IRIS (Sistema de Información de Recordatorio de Inmunización). La participación en el registro de inmunización es voluntaria. Para que sus archivos sean retirados del IRIS, debe comunicarse con el Programa de Inmunización de Idaho.
- Me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de SCHPD.
- Doy mi consentimiento para recibir vacunas proporcionadas por SCPHD para mí o para este niño del cual soy el padre o tutor legal.

CONSENTIMIENTO FINANCIERO

- SCPHD facturara a su compañía de seguros por usted, y el pago puede ser enviado directamente a SCPHD.
- Es posible que SCPHD no se considere un proveedor dentro de la red y, por lo tanto no puede garantizar la cobertura de su compañía de seguros.
- Ya sea que su seguro pague o no, el balance de la cuenta es responsabilidad suya.
- Algunos, o tal vez todos, los servicios brindados pueden ser servicios no cubiertos.
- La confidencialidad no se puede garantizar con la facturación del seguro. Su proveedor de seguros puede enviar información al titular de la póliza de seguro (que puede ser su padre, tutor o cónyuge).

He leído el Consentimiento Financiero. Entiendo y acepto esta política. También entiendo que seré responsable del pago de todos los servicios. Autorizo la divulgación de información médica necesaria para procesar reclamos médicos y autorizo el pago de beneficios a SCPHD.