



**2017-2018 Formulario de Consentimiento
para la vacuna contra la Influenza
(2017-2018 Influenza Consent Form)**

Riley County Health Department
2030 Tecumseh Rd
Manhattan, Kansas 66502
Phone: 785-776-4779
Fax: 785-565-6566
www.rileycountyks.gov/health

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____		Segundo Nombre: _____		Apellido: _____		Apellido de Soltera: _____	
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____	Núm. De Teléfono: _____	Núm. De Seguro Social: _____		Idioma Primario: _____		
Origen Étnico: Hispano o Latino _____ Sí _____ No		Raza: (Selecciones uno o varios.) _____ Asiático / Islas del Pacífico / Otros _____ Blanco _____ Negro o afroamericano _____ Hawaiano _____ Indio Americano/Nativo de Alaska _____ Desconoce / Otro				Medico: _____	
Genero _____ Masculino _____ Femenino		Dirección: _____	Apt #: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Condado: _____	Código Postal: _____

FACTURACION

Empleado de tiempo completo **Empleado de tiempo parcial**

SI _____ **No** _____ ¿Las inmunizaciones están cubiertas por mi seguro médico? **Si contesta NO: lea atentamente** - PARA CUMPLIR CON LA REGULACIÓN DEL ESTADO NOSOTROS NO PODEMOS USAR INYECCIONES (VFC) A MENOS QUE HAYA UNA DECLARACIÓN ESCRITA DE SU COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE NO SE CUBRE LAS VACUNAS. SI NO TENEMOS UNA DECLARACIÓN ESCRITA ANTES DE LA INYECCIÓN, EL PACIENTE SERÁ RESPONSABLE DE CUALQUIER PARTE QUE EL SEGURO NO SE CUBRE.

SEGURANZA PRIMARIA

Nombre de Seguranza: _____ ID#: _____ Núm. De Grupo _____
Responsable del Seguro (Nombre): _____ Fecha de Nacimiento del Responsable: _____
Parentesco con el asegurado (hijo/a, cónyuge, usted mismo) _____

SEGURANZA SECUNDARIA

Nombre de Seguranza: _____ ID#: _____ Núm. De Grupo _____
Responsable del Seguro (Nombre): _____ Fecha de Nacimiento del Responsable: _____
Parentesco con el asegurado (hijo/a, cónyuge, usted mismo) _____

A través de mi firma abajo, autorizo al Departamento de Salud del Condado de Riley a facturar a cualquiera de los pagadores médicos como se indica arriba y proporcionar la información necesaria para procesar las reclamaciones. Autorizo el pago de beneficios médicos al Departamento de Salud del Condado de Riley por los servicios prestados y entiendo que seré responsable del pago de los cargos considerados "descubiertos" por mi seguro de salud.

Todos los registros de servicios prestados se consideran confidenciales. Esto constituye un aviso anticipado a usted, el beneficiario, que si todos los requisitos del programa son satisfechos por el Departamento de Salud del Condado de Riley y el pago no es hecho por KanCare o su Seguro de Salud, usted puede ser responsable de los cargos. También puede ser responsable por cargos. Si no informa al Departamento de Salud de la cobertura del Seguro de manera oportuna. He leído la información anterior, entiendo la información y estoy de acuerdo con mi firma a continuación. También certifico que la información proporcionada en esta página es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Reconozco que se me ha ofrecido una copia de las Prácticas de Privacidad de RCHD con la fecha efectiva de septiembre de 2013.

Firma _____ **Fecha** _____

CUESTIONARIO PARA IMUNIZACION

1. ¿Está usted actualmente enfermo o tiene calentura / fiebre alta?	Sí No
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, componente de la vacuna o al látex? Lista:	Sí No
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción seria después de recibir una vacuna? Por favor explique:	Sí No
4. ¿Alguna vez ha tenido el síndrome de Guillan-Barré? (Desorden autoinmune en la que el sistema inmune ataca las células)	Sí No

CONSENTIMIENTO DE VACUNA

Se me ha ofrecido una copia de la Declaración (s) Información sobre la vacuna (VIS) marcadas abajo. He leído, se me ha explicado, y entendido la información en el VIS (s). Les pido que las vacuna (s) seleccionadas sean administradas a mí o a la persona nombrada arriba por la cual estoy autorizado hacer esta petición. Doy mi consentimiento para la inclusión de estos datos de inmunización en el Registro de Vacunación de Kansas para mí mismo o en nombre de la persona nombrada arriba. **Influenza**

X _____ **Fecha:** _____

Firma del cliente o del padre / tutor

(USO SOLO DE OFICINA) PATIENT ELIGIBILITY (FOR CLINIC AND/OR OFFICE USE ONLY) (USO SOLO DE OFICINA)

Public	T19-MED	Manufacturer:	90662	FLU HIGH DOSE
Public	No Health Insurance ≤ 18	Lot Number:	90688	FLU-MDV
Public	Nat Am/AI Nat	Expiration Date:	90687	FLU-MDV-Infant
Public	Underinsured	INJECTION SITE:		90686P/T21/T19 FLU PF > 36 Mths
Public	T21-CHIP	Left / Right	Deltoid / Vastus Lateralus	90686P FLU PF > 36 Mths Public
Private	Fully Insured			90685 P/T21/T19 FLU PF 6-35 Mths
Private	No health insurance ≥ 19			90685P FLU PF 6-35 Mths Public
				90471 1 st Injection
	FREE FLU – NO CHARGE	VACCINE ADMINISTRATOR:	Date:	G0008 Medicare Flu Injection