



801 Pacific Ave
PO Box 489
Tillamook, OR 97141
503-842-3900

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA GRIPE/INFLUENZA Y FORMULARIO DE RECLAMO

2017-2018 INFLUENZA ESTACIONAL

Para pacientes adultos y padres de niños que van a ser vacunados: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay algún motivo por el cual no deberíamos darle a usted o a su hijo la vacuna inactivada (inyección) contra la influenza (la gripe). Si contesta "sí" a alguna de las preguntas, eso no quiere decir que usted (o su hijo) no se debe vacunar. Simplemente significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de cuidado de salud que la explique.

MRN

<input type="checkbox"/> INFLUENZA <input type="checkbox"/> NEUMONÍA	INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD		PAGO POR CUENTA PROPIA
	<input type="checkbox"/> Medicare Parte B # _____ <input type="checkbox"/> Plan de Salud de Oregón # _____	<input type="checkbox"/> _____ Nombre del Seguro de Salud Privado _____ Número de Miembro _____ Titular del Seguro Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$15 <input type="checkbox"/> \$15 <input type="checkbox"/> \$85 <input type="checkbox"/> \$28 <input type="checkbox"/> \$170

INFORMACION DEL PACIENTE (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA MOLDE)		Nombre del Padre/Tutor: _____					
Apellido:	Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:					
Fecha de Nacimiento: (mes/día/año) / /	# Teléfono: () -	Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre					
Dirección postal y/o La dirección física:							
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Sé</td> </tr> </table>		Sí	No	Sé
	Sí	No	Sé				
1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
2. La persona que se va a vacunar hoy, ¿es alérgica a los huevos, medicamentos, alimentos, látex, o vacunas?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
5. La persona que se va a vacunar, ¿tiene diabetes?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
6. La persona que se va a vacunar, ¿tiene el sistema inmunológico débil debido al VIH/SIDA u otra enfermedad que afecta el sistema inmunológico, tratamiento a largo plazo con medicamentos como esteroides de dosis alta o tratamiento contra el cáncer con radiación o medicamentos, o recibe medicamentos antivirales?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
7. La persona que se va a vacunar, ¿tiene un problema de salud a largo plazo con una enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, enfermedad neurológica o neuromuscular, enfermedad del hígado, alguna enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia o alguna otra enfermedad de la sangre?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
8. La persona que se va a vacunar, ¿vive, o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunológico está seriamente comprometido y que debe estar en aislamiento protegido (por ejemplo, una habitación de aislamiento de una unidad de trasplante de médula ósea)?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
9. ¿Ha recibido el NIÑO una vacuna contra la GRIPE anteriormente? <input type="checkbox"/> Inyectable <input type="checkbox"/> Intranasal (FluMist) Dosis recibidas en el último año: <input type="checkbox"/> 1 o <input type="checkbox"/> 2			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
10. El niño o adolescente que se va a vacunar, ¿recibe terapia con aspirina o terapia que contenga aspirina?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

He leído o me han explicado la información sobre la influenza y la vacuna contra la influenza (hoja de información sobre vacunas, VIS por sus siglas en inglés). He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Creo entender los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la influenza y pido que me la administren a mí o a la persona nombrada arriba por quién estoy autorizado para dar este consentimiento. Estoy de acuerdo en que los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook no tendrán responsabilidad alguna si contraigo la influenza, u otras enfermedades respiratorias, o si tengo una reacción adversa después de la administración de la vacuna. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamos de seguro o para el pago de beneficios médicos. Entiendo que soy responsable si mi seguro de salud se niega pagar.

X Firma de la persona responsable: _____ **Fecha:** _____

Nurse _____		Clinic Location: _____		Date: _____			
Dose: .25	.5	Site: RAIM	RTIM	<input type="checkbox"/> Provider Visit	Dose: .5	Site: RAIM	
Inj. Exp: 6/30/18		LAIM	LTIM	<input type="checkbox"/> Non-Provider Visit		LAIM	
PRIVATE INS OR \$28 (ALL AGES) & INSURED ADULTS - Use "L" Code		VFC (OHP or No Insurance ONLY) (0-18 yrs ONLY - NO ADULTS)		FLU POOL (Uninsured ADULTS ONLY - "S" Code)		PNEUMONIA	
.25	.5	.25	.5	.25	.5	CPT 90732	CPT 90670
CPT 90687 90688	CPT 90685 90686	CPT 90687 90688	CPT 90685 90686	CPT 90686		PPV23	PCV13
MDV	PF Syringe	MDV	PF Syringe	PF Syringe		Lot#	Exp. Date
UI826AA	U5912CA (.25)	UI825AD	UT5897KA (.25)	UI866AA (.5)		N004564	10/22/18
UI852AC	UT5937NA (.25)	UI829AC	UT5899LA (.5)			N010106	11/15/18
	UI810AB (.5)					R70447	4/30/18
	UI856AA (.5)					S06832	8/31/18
BLUE		GREEN	GREEN	RED			