



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

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA GRIPE/INFLUENZA Y FORMULARIO DE RECLAMO

2020-2021 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"/> _____ Nombre del Seguro de Salud Privado	<input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$15 <input type="checkbox"/> \$15 <input type="checkbox"/> \$103 (PPV) <input type="checkbox"/> \$30 <input type="checkbox"/> \$202 (PCV) <input type="checkbox"/> \$65 (HD)	
	<input type="checkbox"/> Plan de Salud de Oregón # _____	_____ Número de Miembro		
		_____ Titular del Seguro Fecha de Nacimiento		

INFORMACION DEL PACIENTE (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA MOLDE)			Nombre del Padre/Tutor: _____		
Apellido: _____		Primer 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: _____	
				Sí	No
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy?					
2. La persona que se va a vacunar hoy, ¿es alérgica a los huevos, medicamentos, alimentos, látex, o vacunas?					
3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)?					
4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?					
5. La persona que se va a vacunar, ¿tiene diabetes?					
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?					
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?					
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)?					
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					
10. El niño o adolescente que se va a vacunar, ¿recibe terapia con aspirina o terapia que contenga aspirina?					

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: .2 .5 .65		Site: RDIM RVLIM		<input type="checkbox"/> Entered in EPIC	
Inj. Exp: 6/30/21		NASAL LDIM LVLIM		<input type="checkbox"/> Not Entered in EPIC	
_____ PLACE PF STICKER HERE					
PRIVATE INS OR \$30 (ALL AGES) & INSURED ADULTS – Use “L” Code		VFC (OHP or No Ins. ONLY) (0-18 yrs ONLY – NO ADULTS)		FLU POOL (No ins. ADULTS ONLY – “S” Code)	
BLUE HD .5		GREEN		RED	
CPT 90672 FluMist		CPT 90672 FluMist		CPT 90672 FluMist	
CPT 90662 90686 PF Syringe		CPT 90686 PF Syringe		CPT 90686 PF Syringe	
MH2024 12/15/20 UJ537AC (HD) MH2203 12/29/20 UT7102NA UT7115LA		MH2201 12/16/20 UT7035MA		MH2202 12/28/20 UT7035MA CPT 90688 MDV UJ493AA	
				PNEUMONIA	
				CPT 90732 CPT 90670 PPV23 PCV13	
				Lot# Exp. Date Lot# Exp. Date	
				S012245 2/9/21 A13577 6/30/21 S034299 7/1/21 AT8661 12/31/21 T020638 2/26/22 CY4777 8/31/22 DJ7719 8/31/22	