

Beaufort County Health Department Statement of Permission and Assignment: Influenza Vaccine

Nombre: _____
Apellidos Primer Nombre Segundo Nombre

Género: (circule 1) Masculino Femenino **Fecha de Nacimiento:** _____ **Numero de Seguro Social:** _____

Dirección: _____
Número y calle Ciudad Estado Código Postal

De Teléfono: Casa _____ Trabajo u Otro _____ **Lenguaje Primario:** (circule 1) Ingles Español otro

Raza: (Circule 1) Blanco Hispano Africano Americano Asiático Nativo Americano Otro _____

Información de su póliza de seguro medico

Medicaid # de Identificación _____ Fechas de cobertura: _____

Medicare Número de Reclamo de Medicare: _____

Nombre del plan suplementario de Medicare: _____ # de Identificación de Miembro: _____

No seguro/Pago del Paciente **Póliza de seguro Privado**

Nombre de la compañía de Seguro: _____

De Póliza (O # de identificación del suscriptor) _____

Grupo o Nombre del Plan: _____ # de Grupo: _____ Fechas de Cobertura: _____

Pre-Vaccination Evaluation

Yo he leído y entiendo la información que me han proporcionado sobre como recibir vacunas contra la influenza (formulario actual de VIS) y he tenido la oportunidad de hacer preguntas entiendo que ser alérgico a los huevos puede ser una razón para no recibir la vacuna contra la influenza. Por favor háganos saber si usted.

- 1) Ha tenido una reacción alérgica a los huevos
- 2) Ha tenido una reacción grave (incluyendo el síndrome de Guillan-Barre') después de recibir la vacuna contra la influenza
- 3) ¿Tiene fiebre con una temperatura superior a los 100 grados?

Firma Del Consentimiento Del Paciente

Firmando Abajo: Yo reconozco que se me ha dado a leer o he recibido una copia del "Aviso de Practicas de Privacidad" por parte del Departamento de Salud del Condado de Beaufort. _____ **(Iniciales por favor)**

Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de Beaufort para presentar un reclamo de mi parte (si aplica) para Medicare, Medicaid, y o seguro médico o un tercer pagador. También autorizo la liberación necesaria de cualquier información para procesar mi reclamo. Solicito que el pago se le haga al Departamento de salud del Condado de Beaufort en mi nombre. **Yo sé que si mi seguro no paga Yo seré responsable del pago.**

Firma: _____ **Fecha:** _____

FOR HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

<input type="checkbox"/> Fluzone (Private) U8863DA Pres-free <input type="checkbox"/> Fluzone (Private) UT8770JA Pres-free <input type="checkbox"/> Fluzone (Private) UT8820AA HD <input type="checkbox"/> Fluzone (Private) UT8794BA HD <input type="checkbox"/> Fluzone (Private) U88861JA Pres-free <input type="checkbox"/> Fluzone (State) U8881DA Pres-free <input type="checkbox"/> Entered in Patagonia <input type="checkbox"/> Entered in NCIR	<input type="checkbox"/> Date _____ Given By _____ RN # _____ Administration Site: <input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Right Deltoid Diagnosis Code Z23 Pres-free Dosage and CPT Codes: <input type="checkbox"/> 0.50 ml CPT 90656 Presfree <input type="checkbox"/> 0.50 ml 90688 <input type="checkbox"/> 0.50 ml CPT 90662 (High Dose)
--	---