

Formulario de consentimiento de vacunación contra la gripe 2020-2021



ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE IMPRENTA – el formulario debe estar completado para recibir una vacuna contra la gripe

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

FACTURAR AL SEGURO (COMPLETAR LA INFORMACIÓN DEL SEGURO ABAJO) FACTURAR AL EMPLEADOR EXENCIÓN DE MEDICARE FIRMADA

APELLIDO: _____ **1.º NOMBRE:** _____ **IN. 2.º NOM:** _____

Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro	F. de nac.: _____ <input type="checkbox"/> √ si es menor de 18	Tel.: () _____
Dirección (calle, ciudad, estado, C.P.): _____		

Alguna vez tuvo:

Comentarios del enfermero

Reacción potencialmente mortal a una vacuna contra la gripe	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Síndrome de Guillain-Barré	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Alergia grave a los huevos	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
¿Está actualmente enfermo con fiebre?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	

Firma: _____ **Fecha:** _____

Información del seguro: Parte responsable si el seguro niega el pago: Empleado Empleador

MODA Regence Blue Cross Pacific Source Providence Kaiser

Medicare/Medicare Advantage, exención de medicare firmada

Nombre del asegurado: Propio _____ **Relación:** _____

N.º de ID: _____ **N.º de GRUPO:** _____ **F. de nac. del asegurado:** _____

He leído/me explicaron la información sobre la gripe y la vacuna contra la gripe (VIS 06/ago./2021). Tuve la oportunidad de hacer preguntas que se me respondieron satisfactoriamente. Considero que entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la gripe y pido que se me administre la vacuna a mí o a la persona que se nombra arriba para quien yo estoy autorizado a hacer esta solicitud. Acepto que ni Cascade Health ni su patrocinador tendrán responsabilidad alguna si contraigo la gripe u otra enfermedad respiratoria, o si sufro alguna reacción adversa después de recibir la vacuna contra la gripe. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para la divulgación de este formulario de consentimiento a mi empleador/compañía de seguros para fines de facturación; excepto que yo mismo pague por la vacuna en cuyo caso no será necesaria la divulgación.

CLINIC USE ONLY				
Fed Tax ID	93-0421470		Clinic Location: Cascade Health	
NPI#	1477714467	MFG:	GSK	Date Given
CPT (Vaccine)	90686	LOT#:	<input type="checkbox"/> 9XX32 Exp. 6/30/22	
CPT (Admin)	90471	LOT#:	<input type="checkbox"/> 3477H Exp. 6/30/22	
Dx Code	Z23	LOT#:	<input type="checkbox"/> Exp.	
Charge	\$32.00	LOT#:	<input type="checkbox"/> Exp.	
			Injection Site: <input checked="" type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> R Upper Deltoid <input type="checkbox"/> L Upper Deltoid	

- | | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adolf, Sarah RN | <input type="checkbox"/> Flume, Katie MOA | <input type="checkbox"/> Malmgren, Jim EMT | <input type="checkbox"/> Smith, Tanner EMT |
| <input type="checkbox"/> Anderson, Ann RN | <input type="checkbox"/> Galbraith-Bain, Deanne MOA | <input type="checkbox"/> Marks, Carla RN | <input type="checkbox"/> Spear, Sheila RN |
| <input type="checkbox"/> Borland, Lisa EMT | <input type="checkbox"/> Gerhart, Ben MOA | <input type="checkbox"/> Paschell, Rebecca RN | <input type="checkbox"/> Swan Elder, Whitney MOA |
| <input type="checkbox"/> Chavez, Jessica MOA | <input type="checkbox"/> Hassenger, Kim RN | <input type="checkbox"/> Potter, Melanie MOA | <input type="checkbox"/> Vait, Rita RN |
| <input type="checkbox"/> Cline, Curtis MOA | <input type="checkbox"/> Johnson, Elysia MOA | <input type="checkbox"/> Sahara, Mary Joy RN | |
| <input type="checkbox"/> Dochnahl, Annie RN | <input type="checkbox"/> Kehl, Jennifer RN | <input type="checkbox"/> Selander, Trevor MOA | |
| <input type="checkbox"/> Dutton, Becky RN | <input type="checkbox"/> Knowlton, Karen RN | <input type="checkbox"/> Schrank, Jan RN | |