

****Favor de completar todas las líneas – Ponga N/A si no aplica ****

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Información del Paciente:

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono #: _____

#Seguro Social: _____

Empleador: _____

Teléfono de Empleador #: _____

Género: _____ _ Estado Civil: _____

Raza: _____ Religión: _____

Directiva Anticipada: (circule una) Si / No

Doctor Primario: _____

Correo electrónico: _____

Contacto de Emergencia #1

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono: _____

Relación _____

Contacto de Emergencia #2

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono: _____

Relación: _____

**Persona Responsable de las Cuentas
(Garantizador)**

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono: _____

#Seguro Social _____

Fecha de Nacimiento: _____

Relación _____

Información de Seguro Médico

Seguro Médico Primario

Nombre del Subscritor: _____

#ID del Subscritor: _____

del Grupo: _____

Seguro Médico Secundario

Nombre del Subscritor: _____

#ID del Subscritor: _____

del Grupo: _____

Compensación de Trabajadores

Fecha del Accidente: _____

Tipo de Accidente: (circule una) Empleado / Auto

- Si accidente de automóvil, poner Seguro de Automóviles y su número de teléfono aquí

- Si relacionado al trabajo, poner nombre del Empleador y teléfono aquí

Influenza Vaccination

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Preferencias de Cobro (Favor de seleccionar una)

___ Yo deseo recibir mi Vacuna contra la Influenza a través del programa de Acceso Directo "Direct Access". No deseo que mi seguro medico sea cobrado por la vacuna contra la influenza. (Pacientes de Medicare no son elegibles). Yo pagare el costo de:

\$57 / \$77 por la Dosis Alta (Recomendada para pacientes de 65 años o más)

Método de pago: **Efectivo** **Cheque** **Tarjeta de Crédito**

___ Favor de cobrar a mi compañía de seguro medico para el costo de mi vacuna contra la influenza y la cuota administrativa

Para los pacientes (niños y adultos) que van a ser vacunados: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si existe alguna razón por la cual no le debemos dar a usted o a su hijo (a) una vacuna inyectable contra la influenza inactivada hoy. Si contesta "si" a cualquier pregunta, no necesariamente significa que usted (o su hijo (a)) no debe ser vacunado. Sólo significa que se necesitan hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no es clara, por favor pida a su proveedor de cuidados de salud que le explique.	SI	NO	No Se
1. ¿La persona que va a ser vacunada está enferma hoy? Temperatura de 100.5 o mas alta			
2. ¿La persona que va a ser vacunada tiene una alergia al huevo o a algún componente de la vacuna?			
3. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido alguna vez una reacción severa a la vacuna contra la influenza en el pasado?			
4. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?			

Formulario completado por: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

Enfermera que reviso: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

Site: Left Deltoid
 Right Deltoid
 Left Thigh Other:
 Right Thigh

Place vaccine label here:

Billing codes:
Admin- **G0008-Medicare**
Admin- **90471-Other**
Dx- **Z23**

Inscrito en Allscripts o MIIC _____

Firma de la enfermera (o): _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____