

Influenza Vaccination 2017/2018

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:

\$40 \$65 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 a los huevos 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:** _____

Formulario revisado por: _____ **Fecha:** _____

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

Place vaccine label here:

Billing codes:
Amin – G0008-Medicare
Amin – 90471 – Other
DX – Z23

Inscrito en Allscripts o MIIC _____

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