

DATE OF SERVICE: / / 16

TCHD SPANISH FLU ENCOUNTER FORM

INSURANCE: Medicaid CHIP PCN Medicare Private:

VFC ELIGIBILITY: Not VFC Eligible VFC Medicaid VFC Uninsured Paid \$:

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Años: _____

_____ Apellido Nombre de pila

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono móvil: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Raza: _____ Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino Sexo: Masculino Femenino

Seguro Primario: _____

Seguro Secundario: _____

Si el cliente es menor de edad: Padre / Guardián Nombre: _____

GRUPE: Complete la lista de verificación para la persona a vacunarse:

Notificar a la enfermera si su respuesta es "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS	S Í	NO
1. La persona que se va a vacunar enfermo hoy? (Las siguientes no son contraindicaciones: Enfermedades leves, tales como infecciones del oído, resfriados, fiebre y diarrea, o la toma de antibióticos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tienen alergias graves a medicamentos, alimentos (es decir, huevos), un componente de la vacuna o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Han tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado, por ejemplo, el síndrome de Guillain-Barré, que causa debilidad, entumecimiento y parálisis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Respuesta si el niño es de 6 meses al 8 años de edad: ¿Han tenido una o menos vacunas contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VACUNAS ADICIONALES: Completa la lista de verificación para la persona a vacunarse:

Notificar a la enfermera si su respuesta es "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS	S Í	NO
1. ¿Han tenido un cerebro u otro problema del sistema nervioso, convulsiones, o si es un niño, un padre o un hermano con antecedentes de convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Son embarazada o hay alguna posibilidad de que pudieran quedar embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Han recibido alguna otra vacuna en las últimas cuatro semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Han recibido alguna otra vacuna en las últimas cuatro semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tienen cáncer, leucemia, VIH / SIDA u otros problemas del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En los últimos 3 meses, tienen que toman medicamentos que afectan el sistema inmunológico, como la cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; fármacos para el tratamiento de la artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o psoriasis; o recibido tratamientos con radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consentimiento informado médica: voluntariamente consiento / solicitud de mí mismo o la persona que soy legalmente responsable, a la vacuna (s). Se me ha dado una copia de y que he leído, o se me ha explicado, la información contenida en el VIS (s) sobre la enfermedad (s) y la vacuna (s) y entender los beneficios y riesgos de la vacuna (s). Estoy de acuerdo en que esta información puede ser compartida con las escuelas, guarderías, proveedores de salud y otros, para verificar el estado de vacunación, para los estudios de salud pública, o cuando sea médicamente necesario. Por este medio libero TCHD y sus empleados de todas las reclamaciones derivadas de dichas vacunas. Facturación: Entiendo, como cortesía a mí, TCHD facturará mi Medicaid / Medicare / Seguros y la presente autorizo a que lo hagan. Yo entiendo que soy responsable por cualquier y todos los cargos incurridos si mi compañía de seguros se niega a pagar por los servicios prestados. Si TCHD no tiene un contrato para la cuenta a mi compañía de seguros o si no tengo seguro médico, Yo entiendo que soy responsable por el pago de su capacidad a la hora de servicio. HIPAA: Soy consciente de la Notificación de Prácticas de Privacidad de TCHD, tuvo la oportunidad de hacer preguntas y, a petición mía, puede recibir una copia.

Cliente / padre / tutor Firma: _____ Fecha: _____

VACCINE	LOT	Site	Price	VACCINE	LOT	Site	Price
<input type="checkbox"/> INFLUENZA High Dose 65+			\$ 62	<input type="checkbox"/> PPV 23 65+/19-64 hi-risk			\$ 88

<input type="checkbox"/> INFLUENZA Quad Inject 3+			\$ 40	<input type="checkbox"/> Tdap 7+ (<input type="checkbox"/> Td 7+ \$45)			\$ 61
<input type="checkbox"/> INFLUENZA Inject 6-35 mos			\$ 40	<input type="checkbox"/> Zostavax 50+			\$210
<input type="checkbox"/> PCV 13 0-2, 50+			\$147				

A Royal, RN

L Heap, RN

L Ekenstam, RN

M Bateman, RN