

IMPRIMIR CLEARLY O COMPLETE ON-LINE E IMPRIMIR FORMULARIO

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Raza: \_\_\_\_\_ Origen étnico: Hispano o latino No hispano o latino Sexo: Masculino Feminino  
 Información sobre el seguro primario: \_\_\_\_\_  
 Información del seguro secundario: \_\_\_\_\_  
 Si el cliente es menor de edad: Nombre del Padre / Guardián: \_\_\_\_\_

CONESTA PARA CADA PERSONA QUE RECIBE UNA INYECCION DE LA GRIPE: (Si SI, hable con la enfermera.)

	SI	NO
1. ¿Están enfermos hoy? (La persona puede recibir la vacuna si tiene una enfermedad leve, como una infección del oído, frío, fiebre o diarrea, o si está tomando antibióticos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Han tenido una reacción severa a la vacuna (es decir, dentro de las 6 semanas de haber recibido una vacuna contra la gripe, tienen debilidad muscular y parálisis diagnosticadas como síndrome de Guillain-Barré)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tienen alguna alergia severa (medicamentos, alimentos, proteínas de huevo, componentes de la vacuna, látex, etc.)? Por favor enumere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tienen 8 años o menos y nunca han recibido una vacuna contra la gripe o sólo recibieron una vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTESTA SI RECIBE VACUNA (S) ADICIONAL (S): (Si SI, hable con la enfermera.)

	SI	NO
1. ¿Han tenido un problema del sistema nervioso, una convulsión, o un padre o hermano con convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tienen cáncer, leucemia, VIH / SIDA u otros problemas del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En los últimos 3 meses, ¿han tomado medicamentos que afectan el sistema inmunológico, como cortisona, prednisona, otros esteroides o fármacos contra el cáncer; fármacos para el tratamiento de la artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o psoriasis; o se sometieron a tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En el último año, ¿han tenido una transfusión de sangre, productos sanguíneos o inmunoglobulina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En las últimas cuatro semanas, ¿han recibido otras vacunas? Por favor enumere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Están embarazadas o podrían quedar embarazadas durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONSENTIMIENTO MÉDICO INFORMADO:** Yo voluntariamente consiento / solicito para mí o la persona que soy legalmente responsable, a la (s) vacuna (s). Me han proporcionado una copia y me han leído o me han explicado la información contenida en el VIS sobre la enfermedad y la vacuna y comprenden los beneficios y riesgos de la (s) vacuna (s). Estoy de acuerdo en que esta información puede ser compartida con escuelas, centros de cuidado diurno, proveedores de atención médica y otros para verificar el estado de inmunización, para estudios de salud pública o cuando sea médicamente necesario. Por la presente, libero a TCHD ya sus empleados de todas las reclamaciones derivadas de dichas inmunizaciones. **FACTURACIÓN:** Entiendo, como cortesía para mí, TCHD facturará a mi Medicaid / Medicare / Insurance y por la presente los autorizo a hacerlo. Entiendo que soy responsable de todos y cada uno de los cargos incurridos si mi compañía de seguros niega el pago por servicios prestados. Si TCHD no tiene un contrato para facturar a mi compañía de seguros o si no tengo seguro médico, entiendo que soy responsable del pago en su totalidad en el momento del servicio. **HIPAA:** Tengo conocimiento de la Notificación de TCHD sobre Prácticas de Privacidad, tuve la oportunidad de hacer preguntas y, a mi solicitud, puedo recibir una copia.

**X Firma del Cliente / Padre / Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

NO COMPLETE DEBAJO DE ESTA LÍNEA

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

VACCINE	LOT	Site	Price	VACCINE	LOT	Site	Price
<input type="checkbox"/> INFLUENZA High Dose, 65+			\$40	<input type="checkbox"/> PCV 13 0-2, 50+			\$194
<input type="checkbox"/> INFLUENZA Quad Inject, 3+			\$40	<input type="checkbox"/> PPV 23, 65+/19-64 hi-risk			\$110
<input type="checkbox"/> INFLUENZA Inject, 6-35 mos			\$40	<input type="checkbox"/> Tdap, 7+			\$61
<input type="checkbox"/> Hep A/Hep B, TWINRIX 18+			\$62	<input type="checkbox"/> Zostavax, 50+			\$210

A Royal, RN G Powelson, RN W Lyman, RN L Heap, RN L Ekenstam, RN M Bateman, RN

\*If client is uninsured, a \$10 discount will be given for cash payment.