

Formulario de Consentimiento de Vacunación contra la Influenza 2018-2019



Por Favor Imprime Claramente

EMPLEADOR: _____

Apellido: _____ Nombre de pila: _____ Inicial del segundo nombre _____

Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Otro	Fecha De Nacimiento:	Número de teléfono:()
Dirección (Ciudad, Estado, código postal):		

¿Has tenido...

Notas del personal de enfermería

Alergia severa a la 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 severa a los huevos?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
¿Tiene fiebre?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	

Seguro médico:

MODA Regence Blue Cross Pacific Source Providence Bill Employer

Nombre del asegurado: _____ Relación: _____

de identificación: _____ # de grupo: _____

He leído / se me ha explicado la información sobre la vacuna contra la influenza y la influenza (VIS 08/07/15). He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Creo entender los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza y pido que se me administre la vacuna o que se la administre a la persona mencionada arriba por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Acepto que ni Cascade Health ni su patrocinador tendrán ninguna responsabilidad si contrajera influenza u otras enfermedades respiratorias o sufriera cualquier otra reacción adversa después de la administración de la vacuna contra la influenza. Al firmar a continuación, consiento la divulgación de este formulario de consentimiento a mi empleador / compañía de seguros con fines de facturación, a menos que yo esté pagando la vacuna, entonces no es necesaria la liberación.

FIRMA: _____ FECHA: _____

CLINIC USE ONLY

Fed Tax ID	93-0421470	Clinic Location:	Cascade Health		
NPI#	1477714467	MFG:	GSK	Sanofi	
CPT (Vaccine)	90686	LOT#:	<input type="checkbox"/> 4ZY53 exp.06/30/19	<input type="checkbox"/> UT6261KA exp. 06/30/19	<input type="checkbox"/>
CPT (Admin)	90471	LOT#:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dx Code	Z23	LOT#:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Charge	\$32.00	Injection Site:	<input checked="" type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> R Upper Deltoid <input type="checkbox"/> L Upper Deltoid		

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abundez, Jessica MOA | <input type="checkbox"/> Hatton, JoAnn RN | <input type="checkbox"/> Cline, Curtis MOA | <input type="checkbox"/> deBroekert, Martha RN |
| <input type="checkbox"/> Feldman, Cindi RN | <input type="checkbox"/> Galbraith-Bain, Deanne MOA | <input type="checkbox"/> Johnson-Gibson, Lindsey | <input type="checkbox"/> Lopez, Roxye MOA |
| <input type="checkbox"/> Marks, Carla RN | <input type="checkbox"/> Mueller, Jan RN | <input type="checkbox"/> Royer, Adrienne RN | <input type="checkbox"/> Rowe, Laurie RN |
| <input type="checkbox"/> Sanborn, Wendy RN | <input type="checkbox"/> Swan, Whitney MOA | <input type="checkbox"/> Kehl, Jennifer, RN | <input type="checkbox"/> Other: _____ |