

Uso exclusivo de oficina

CA/CK

# Información de la Clínica de Vacunación contra la Gripe Formulario de Consentimiento

Vaccine Information Statements



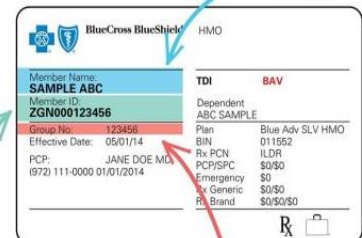
Gracias por asistir a la Clínica Drive-Thru del Departamento de Salud de Weber-Morgan. Para su seguridad y la seguridad de los demás, permanezca en su automóvil y siga las señales y las personas que dirigen el tráfico. Se recomienda que todas las personas mayores de 6 meses reciban una vacuna anual contra la influenza para prevenir enfermedades y hospitalizaciones. Las vacunas Tdap y Neumocócica también se ofrecerán a los adultos. Se recomienda que todos reciban un refuerzo de Tdap o Td cada 10 años. Las vacunas Neumocócicas se recomiendan para todos los adultos mayores de 65 años y para algunas personas menores de 65 años con ciertas afecciones médicas.

- Por favor complete **ambos** lados de este formulario y envíelo a la escuela el día de la clínica
- Por favor lea las **declaraciones informativas sobre la vacuna**, al que se puede acceder escaneando el código QR arriba.

WMHD puede facturar a las siguientes compañías de seguros; sin embargo, le recomendamos que verifique que su plan de seguro esté en la red con WMHD. Es posible que se requieran referencias de su médico primaria.

- Aetna
- Deseret Mutual
- Health Choice
- Medicare
- Samera Health (solo grupo de T&C)
- UMR
- BlueCross BlueShield
- Educators Mutual
- HealthEZ (OSD solo)
- Molina
- SelectHealth
- United Health
- CHIP
- GEHA
- Medicaid
- PEHP
- TRICARE
- University of Utah

### Subscriber/Policy Holder Name



Policy/ID #      Group #

Seleccione alguna de las siguientes opciones de pago: (Toda la información debe de ser completada para que podamos facturar) Si tiene más de un seguro, marque **TODOS** los que correspondan. **ADJUNTE UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO.**

1) El paciente tiene cobertura de uno de los seguros médicos incluidos arriba.\* (Si es Medicaid o Medicare usa opción 2 or 3) **(W)**

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
 Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del Titular: \_\_\_\_\_  
 Seguro Segundo: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
 Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del Titular: \_\_\_\_\_

2) El paciente tiene\*:  Medicaid -or-  CHIP **(0-18 VFC) (19+ W)**

Selecciona uno:  Medicaid Tradicional  Health Choice  Molina  SelectHealth  University of Utah  
 Member ID/Medicaid #: \_\_\_\_\_ CHIP Policy # (SelectHealth solo): \_\_\_\_\_

3) El paciente tiene\*:  Medicare (Part B) -or-  Medicare Advantage Plan **(W)**

Medicare #: \_\_\_\_\_  Medicare Railroad  
 Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Payer ID #: \_\_\_\_\_  
 Medical Claims Address: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

4) El paciente no tiene seguro médico.\*\* **(0-18 VFC) (19+ SP or W)**

Adultos (mayores de 19 años): Vacuna contra la gripe \$20, influenza intranasal \$50, Flucelvax \$63, Flublok, \$102 Dosis alta contra la gripe \$102, Tdap \$20, Neumocócica 20 \$20,  
Niños (de 0 a 18 años): Vacuna contra la gripe \$20, Influenza intranasal contra la gripe \$20

5) El paciente tiene seguro médico que cubre las vacunas pero no está en la lista incluida en este formulario.\*\* **(W)**  
-O-

6) El paciente tiene seguro médico, pero no cubre las vacunas.\*\* **(W)**

Adultos y Niños: Vacuna contra la gripe \$50, Intranasal contra la gripe \$50, Flucelvax \$63, Flublok \$102, Alta dosis contra la gripe \$102, Tdap \$82, Neumocócica 20 \$322

\*\*Si se indica pago, debe pagarse el día de la clínica.\*\*

**Se aceptan pagos en efectivo y con cheque. Por favor, haga los cheques a la orden de "WMHD".**

Si desea que le enviemos un recibo detallado para enviarlo a su seguro, llame al (801) 399-7250.

DEPARTAMENTO DE SALUD DE WEBER-MORGAN

**Formulario de Consentimiento**

Nombre Legal:		Sexo ( <i>circule uno</i> ): <b>Masc.</b> <b>Fem.</b>	Fecha de nacimiento:	Edad:
Número de teléfono:	Correo electrónico:		Seguro Social:	
Domicilio:		Ciudad:	Código Postal:	
Ethnicidad ( <i>circule uno</i> ): <b>Hispana</b> <b>No-Hispana</b>	Raza:	Nombre de Padre/Guardian legal:	Fecha de nacimiento de Padre/Guardian legal:	

**La persona que recibe la vacuna**

- |  | <b>SÍ</b>                | <b>NO</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 9. ¿Estuvo enferma durante la última semana de algo más serio que un resfrío?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Ha tenido alguna alergia grave a algún alimento o medicamento?<br>Si contestó Sí, por favor enumere: _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Ha tenido alguna reacción grave a alguna vacuna anteriormente?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha estado paralizada debido al Síndrome de Guillain-Barre tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré o ha tenido convulsiones, problemas cerebrales o nerviosos? <i>En caso afirmativo, circule.</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha tomado medicamentos antivirales en las últimas 2 semanas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tenido una vacuna en el último mes?<br>En caso afirmativo, indique la(s) vacuna(s) y la fecha: _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Está recibiendo terapia con aspirina o medicamentos que inhiben el sistema inmunitario (p. ej., quimioterapia)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Está embarazada o tiene una enfermedad crónica como enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar (incluyendo asma), enfermedad del riñón, enfermedad neurológica, enfermedad hepática, enfermedad metabólica (p. ej. diabetes), fuga de líquido cefalorraquídeo (LCR), una condición inmunocomprometida, falta del bazo o que no funciona o un implante coclear? <i>Si contestó Sí, por favor describir:</i> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Me gustaría recibir la vacuna contra la gripe hoy.**    **SÍ**  **NO**     **Preferencia:** Vacuna  Intranasal

**Me gustaría recibir la vacuna Tdap hoy.**    **SÍ**  **NO**

**Me gustaría recibir la vacuna Neumocócica 20 hoy.**    **SÍ**  **NO**

*He leído, o me han explicado, la información contenida en la Declaración Informativa sobre la Vacuna para la persona que recibe la vacuna. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna me sea aplicada, o le sea aplicada a la persona por quien estoy autorizado a presentar esta solicitud. Acepto que esta información pueda ser compartida con escuelas, guarderías infantiles, profesionales de la salud y otras personas cuando sea médicamente necesario. Entiendo que es mi responsabilidad conocer la cobertura de mi plan de seguro médico y acepto pagar la parte no cubierta por mi seguro. Entiendo que si el Departamento de Salud de Weber-Morgan no tiene contrato con mi seguro médico, o si mi seguro médico se niega a pagar, soy responsable por todos los gastos incurridos. Por la presente se me notifica de que el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Weber-Morgan y las Declaraciones Informativas sobre las Vacunas están disponibles en su página web [www.webermorganhealth.org](http://www.webermorganhealth.org) o con el código QR y he tenido la oportunidad de formular preguntas.*

**Firma del Paciente/Padre/Guardian legal:** \_\_\_\_\_

\*\*\* El siguiente espacio es para uso exclusivo de la oficina \*\*\*

The Stock Used is:    **VFC**     **Weber**     **Special Project**     Date: \_\_\_\_\_

<b>Vaccine Given:</b>	<b>Site:</b> Nurse's Initials _____
<input type="checkbox"/> <b>FluMist</b> (2-49 yrs) _____ 0.2ml [90672]	Nasal
<input type="checkbox"/> <b>Flucelvax</b> (≥ 6 mos) _____ 0.5ml [90674]	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh
<input type="checkbox"/> <b>Flublok</b> (18 +) _____ 0.5ml [90682]	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh
<input type="checkbox"/> <b>HD Flu</b> (65 +) _____ 0.7ml [90662]	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh
<input type="checkbox"/> <b>Flu PFS</b> (≥ 6 mos) _____ 0.5ml [90686]	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh
<input type="checkbox"/> <b>Tdap</b> _____ 0.5ml [90715]	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh
<input type="checkbox"/> <b>Prevnar 20</b> _____ 0.5ml [90677]	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh

**Notes:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_