

CHILD HEALTH

ADULT HEALTH

Formulario de Vacunación - Declaración de Entendimiento, Permiso y Asignación

Departamento de Salud del Condado Harnett

1. Apellido(s) _____ Nombre _____

2. Número del Seguro Social (SOLO SI SE NECESITA PARA FACTURACIÓN) _____

3. Fecha de Nacimiento _____

4. Raza 1. Blanco 2. Moreno 3. Indio Am/Nativo de Alaska 4. Asiático/Isleño Pacífico
 Etnicidad Origen Hispano? 1. Hispano/Latino 2. No Hispano/Latino 3. Rehuso

5. Sexo 1. Hombre 2. Mujer

6. Condado de Residencia _____

7. Dirección Física _____

8. Ciudad, Estado, Código Postal _____

9. Número de Teléfono _____

10. Número de Medicare _____

11. Número de Medicaid _____

12. Número de Seguro Privado / #Abonado / #Identificación _____

COMPañÍA DE SEGURO: _____

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO: Yo he leído y entiendo la información que se me proporciono sobre como recibir las vacunas de la gripe y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Yo entiendo que ser alérgico a los huevos puede ser una razón para no poder recibir la vacuna de la gripe. Yo afirmo al mejor de mi conocimiento que las siguientes preguntas han sido respondidas con sinceridad.

1. ¿Es alérgico a los huevos? Si No
2. ¿Tiene, en estos momentos, fiebre y temperatura de más de 100°F? Si No
3. ¿Ha tenido reacción alérgica a la vacuna de la gripe? Si No

DECLARACIÓN DE PERMISO Y ASIGNACIÓN: Yo voluntariamente doy mi permiso para recibir la vacuna de la gripe. Yo entiendo que pago por este servicio se hará en acuerdo con las provisiones del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social (Medicare), y/o Título XIX de la Ley de Seguridad Social (Medicaid); y/o seguro médico privado u otro pagador terciario Yo por la siguiente autorizo al proveedor del servicio a soltar la información necesaria para el procesamiento de cualquier reclamación de pago en my nombre, y Yo autorizo pago al proveedor por dicha reclamación

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar abajo, Yo entiendo que:

- Yo soy el paciente o el representante personal del paciente;
- El "Aviso de Prácticas de Privacidad" de HCHD se ha puesto a mi disposición para que lo vea y puedo solicitar una copia en cualquier momento.
- Yo entiendo que puedo contactar a la persona nombrada en el Aviso si tengo preguntas sobre el contenido del Aviso.

90686 Fluzone & Flulaval 90694 HD FLUAD
 90756 Flucelvax

X _____ **X** _____
Firma del paciente o padre/guardián legal/personal legalmente responsable **Fecha**

Descripción de la relación al paciente **NO ESCRIBA BAJO ESTA LINEA**

For Provider Use Only:

Influenza _____ Vaccine
 Mfgr./Lot _____ Number
 _____ Right _____ Left Deltoid Date _____
 Injection Site: _____
 Administered by _____
Signature

**Patient FLU
 ONLY**