

# Formulario de consentimiento de vacunación contra la gripe 2022-2023



**ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE IMPRENTA – el formulario debe estar completado para recibir una vacuna contra la gripe**

**NOMBRE DEL EMPLEADOR:** \_\_\_\_\_

**APELLIDO:** \_\_\_\_\_ **1.º NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **IN. 2.º NOM:** \_\_\_\_\_

|  |  |                           |
|--|--|---------------------------|
| <b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro | <b>F. de nac.:</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>√ si es menor de 18</b> | <b>Tel.:</b> (    ) _____ |
| <b>Dirección (calle, ciudad, estado, C.P.):</b> _____  |  |                           |

**Alguna vez tuvo:** \_\_\_\_\_ **Comentarios del enfermero**

|   |   |  |
|---|---|--|
| Reacción potencialmente mortal a una 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 grave a los huevos                                  | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |  |
| ¿Está actualmente enfermo con fiebre?                       | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |  |

**Información del seguro: Parte responsable si el seguro niega el pago:**  Empleado  Empleador

MODA  Regence Blue Cross  Pacific Source  Providence  Kaiser

Medicare/Medicare Advantage, exención de medicare firmada

**Nombre del asegurado:**  Propio \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**N.º de ID:** \_\_\_\_\_ **N.º de GRUPO:** \_\_\_\_\_ **F. de nac. del asegurado:** \_\_\_\_\_

He leído/me explicaron la información sobre la gripe y la vacuna contra la gripe (VIS 06/ago./2021). Tuve la oportunidad de hacer preguntas que se me respondieron satisfactoriamente. Considero que entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la gripe y pido que se me administre la vacuna a mí o a la persona que se nombra arriba para quien yo estoy autorizado a hacer esta solicitud. Acepto que ni Cascade Health ni su patrocinador tendrán responsabilidad alguna si contraigo la gripe u otra enfermedad respiratoria, o si sufro alguna reacción adversa después de recibir la vacuna contra la gripe. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para la divulgación de este formulario de consentimiento a mi empleador/compañía de seguros para fines de facturación; excepto que yo mismo pague por la vacuna en cuyo caso no será necesaria la divulgación.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

| CLINIC USE ONLY      |            |   |   |                   |
|----------------------|------------|---|---|-------------------|
| <b>Fed Tax ID</b>    | 93-0421470 |   | <b>Clinic Location:</b> Cascade Health      |                   |
| <b>NPI#</b>          | 1477714467 | <b>MFG:</b>   | <b>GSK</b>                                  | <b>Date Given</b> |
| <b>CPT (Vaccine)</b> | 90686      | <b>LOT#:</b>  | <input type="checkbox"/> 53Y2G Exp. 6/30/23 |                   |
| <b>CPT (Admin)</b>   | 90471      | <b>LOT#:</b>  | <input type="checkbox"/> Exp.               |                   |
| <b>Dx Code</b>       | Z23        | <b>LOT#:</b>  | <input type="checkbox"/> Exp.               |                   |
| <b>Charge</b>        | \$34.00    | <b>LOT#:</b>  | <input type="checkbox"/> Exp.               |                   |
|                      |            | <b>Injection Site:</b> <input checked="" type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> R Upper Deltoid <input type="checkbox"/> L Upper Deltoid |   |                   |

|  |                      |          |
|--|----------------------|----------|
|  | Adolf RN             | Sarah    |
|  | Anderson RN          | Ann      |
|  | Chavez MOA           | Jessica  |
|  | Cline MOA            | Curtis   |
|  | deBroekert RN        | Martha   |
|  | Dochnahl RN          | Annie    |
|  | Dutton RN            | Becky    |
|  | Feldman RN           | Cindi    |
|  | Flume MOA            | Katie    |
|  | Fox EMT              | Madeline |
|  | Gehart MOA           | Ben      |
|  | Gregory EMT          | Alexis   |
|  | Hernandez Triana EMT | Victor   |
|  | Johnson MOA          | Elysia   |

|  |              |           |
|--|--------------|-----------|
|  | Kehl RN      | Jennifer  |
|  | Kent EMT     | Ruby      |
|  | Knowlton RN  | Karen     |
|  | Lamarche EMT | Gabrielle |
|  | Malmgren EMT | Jim       |
|  | Marks RN     | Carla     |
|  | Meyers EMT   | Desire    |
|  | Michels RN   | Deb       |
|  | Sahara RN    | Mary Joy  |
|  | Schwindt MOA | Angela    |
|  | Selander MOA | Trevor    |
|  | Shrank RN    | Jan       |
|  | Spear RN     | Sheila    |
|  | Vait RN      | Rita      |