

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:** _____

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

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