



Información sobre la persona que se va a vacunar (en letra de imprenta)

Complete un formulario para cada paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Para niño (imprimir)

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_

Dirección del padre / tutor si es diferente a la anterior: \_\_\_\_\_

Estado del seguro

Información del seguro

\_\_\_ Seguro

Complete esta información o adjunte una copia frontal y posterior de su tarjeta de seguro.

\_\_\_ Medicare

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Medicaid

Titular de la póliza Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Sin seguro

ID de póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_

Teléfono del seguro: \_\_\_\_\_

Responda lo siguiente para la persona que se va a vacunar.

Si No No lo se

1. ¿Está enferma la persona hoy?

Temperatura:

2. ¿Tiene la persona alergia a los huevos oa algún componente de la vacuna?

\_\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido la persona alguna vez una reacción grave a la vacuna contra la influenza en el pasado?

4. ¿Ha tenido la persona el síndrome de Guillain-Barré?

Se me ha proporcionado una copia y he leído o me han explicado la información sobre la influenza y la vacuna que se enumeran a continuación. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo y los beneficios y riesgos de la vacuna, y pedir que me la pongan a mí oa la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Si estoy asegurado, autorizo a Yankton Medical Clinic, PC a divulgar la información médica necesaria para determinar los beneficios pagaderos por este servicio. Entiendo que soy financieramente responsable de los servicios independientemente de la cobertura del seguro.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Date of VIS Publication: 8/6/21

Administer Vaccine Route IM Site:

- Right Deltoid
- Left Deltoid
- Right Thigh
- Left Thigh



Nurse Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Pediatrics \_\_\_\_\_

Data Processing \_\_\_\_\_

Medical Records \_\_\_\_\_

<b>PRIVATE PAY / INSURANCE FLU SHOT</b>		<b>STATE SUPPLY FLU SHOT ALL CHILDREN 6 MONTHS THROUGH 18 YEARS</b>	
	90471.01 (Injection)		90471.S (Injection)
	90686 (Pres. Free vaccine 6 months+) 0.5ml		90686.01 (State Pres. Free vaccine 6 months - 18 yrs) 0.5ml
	90682 Flu Blok (18yrs + egg allergy and 50-64 yrs hi-dose)		
<b>MEDICARE FLU SHOT</b>			
	G0008 (Injection)		
	90662 (Hi-dose vaccine 65 yrs+) 0.7 ml		
Diagnosis for all vaccines: Z23			