



YANKTON MEDICAL CLINIC®, P.C.

¿Preguntas? 605-665-7841

1104 Calle 8 Oeste • Yankton, SD 57078

www.YanktonMedicalClinic.com

Información sobre la persona que será vacunada (imprima)

Complete un formulario para cada paciente

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

Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

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

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cremallera: \_\_\_\_\_

Para niños (por favor imprima)

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

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

Estado del seguro

\_\_\_ Seguro

\_\_\_ Seguro médico del estado

\_\_\_ Seguro de enfermedad

\_\_\_ Sin seguro

Información del seguro

Complete esta información o adjunte una copia del anverso y el reverso de su tarjeta de seguro.

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

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

ID de política: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

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

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_

Teléfono del seguro: \_\_\_\_\_

Por favor responda lo siguiente para la persona a vacunar.

Sí No No lo sé

1. ¿Está la persona enferma hoy?
2. ¿Tiene la persona alergia al huevo o a 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. ¿La persona ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Temperatura: \_\_\_\_\_

Me han proporcionado una copia y he leído o me han explicado la información sobre la influenza y la vacuna que se detalla a continuación.

Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito que me la administren a mí o a la persona nombrada arriba para 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.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Persona a vacunar (si es menor: padre o tutor)

Fecha de publicación del VIS: 6/8/21

Encontrar # \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_

Sitio de administración de ruta de vacuna IM:

 Deltoides derecho Deltoides izquierdo Muslo derecho Muslo izquierdo

Vacunación contra la influenza

Coloque la pegatina aquí

Firma de la enfermera \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

SDIIS \_\_\_\_\_

Procesamiento de datos \_\_\_\_\_

Registros médicos \_\_\_\_\_

PAGO PRIVADO / SEGURO VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE		SUMINISTRO ESTATAL DE VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE TODOS LOS NIÑOS DE 6 MESES A 18 AÑOS	
	90471.01 (Inyección)		90471.S (Inyección)
	90686 (vacuna pres. gratuita 6 meses+) 0,5 ml		90686.01 (Vacuna gratuita del presidente del estado de 6 meses a 18 años) 0,5 ml
	90682 Flu Blok (18 años + alergia al huevo) y 50-64 años dosis alta)		
VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE DE MEDICARE			
	G0008 (Inyección)		
	90662 (vacuna de dosis alta, mayores de 65 años) 0,7 ml		
Diagnóstico para todas las vacunas: Z23			