

ESCRIBIR ÚNICAMENTE EN LETRA DE MOLDE CON TINTA - INFORMACIÓN OBLIGATORIA PARA EL CLIENTE QUE RECIBE LA VACUNA

Apellido
[Grid]

Nombre
[Grid]

Segundo nombre **N.º de Seguro Social: últimos 4 dígitos**
[Grid]

Sexo (M/F) Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) Edad
[Grid]

Dirección
[Grid]

Ciudad
[Grid]

Estado **Código Postal**
[Grid]

Número de teléfono Residencial o Celular
[Grid]

Complete esta casilla si el paciente es menor de 18 años:

Dé la información del padre/madre/responsable abajo.

- El mismo que el titular de la póliza (debe completar toda la casilla del titular de la póliza)
- Otro: (Si es otro, debe completar la información de abajo)

Nombre completo: [Text Box]

Fecha de nacimiento: [Text Box]

Dirección: [Text Box]

Teléfono: [Text Box]

Relación con el paciente: [Text Box]



Opciones de pago:

<input type="checkbox"/> Facturar al seguro *Se requiere que la información de abajo sea precisa y completa para que la facturación sea exitosa	<input type="checkbox"/> MnVFC 18 o menor: debe cumplir alguno de estos criterios: <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> MHCP (MA/MnCare) <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Facturar al empleador <input type="checkbox"/> Subvención cubierta *Los adultos pueden reunir los requisitos en clínicas acordadas	<input type="checkbox"/> Pago en efectivo o con cheque Precios con descuento en efectivo: Cuadrivalente: \$39 Dosis alta: \$67 FluMist: \$43 N.º de cheque _____
---	--	---	--

Hennepin Healthcare/MVNA puede facturar por medio de cualquier aseguradora. Es responsabilidad de la persona verificar la cobertura.

(N.º 1) Nombre de la compañía aseguradora primaria
[Grid]

N.º de identificación de la aseguradora primaria
[Grid]

N.º de grupo
[Grid]

(N.º 2) Nombre de la compañía aseguradora secundaria
[Grid]

N.º de identificación de la aseguradora secundaria
[Grid]

N.º de grupo
[Grid]

Titular/suscriptor de la póliza:
 Por sí mismo (omitir la sección de abajo) Cónyuge Padre/Madre Otro

Apellido del titular de la póliza
[Grid]

Nombre
[Grid]

Fecha de nacimiento del titular de la póliza (MM/DD/AAAA)
[Grid]

Número de teléfono de día Mismo teléfono que el paciente
[Grid]

Dirección del titular de la póliza Misma dirección que el paciente
[Grid]

Ciudad **Estado** **Código postal**
[Grid]

Complete las siguientes preguntas

Atención: Si responde sí a cualquiera de las preguntas, el personal de enfermería deberá hacerle una evaluación adicional.

Formulario
revisado por:

1. ¿La persona que recibirá la vacuna es alérgico a algún medicamento, al huevo, a un componente de la vacuna o al látex?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿La persona que recibirá la vacuna alguna vez tuvo una reacción grave luego de que le administraran una vacuna?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿La persona que recibirá la vacuna alguna vez tuvo el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿La persona que recibirá la vacuna ya recibió la vacuna de la gripe durante esta temporada gripal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene actualmente fiebre, dolor de garganta o tos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
SOLO FLUMIST: Solo conteste de la pregunta 6 a la 15 si está interesado en recibir el aerosol nasal FluMist	
6. ¿La persona que recibirá la vacuna es menor de 2 años o mayor de 50 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene: VIH, cáncer, un trasplante de órganos o médula ósea, artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, esclerosis múltiple, lupus, psoriasis o actividad inmunitaria disminuida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿La persona que recibirá la vacuna toma algún medicamento que pueda afectar el sistema inmunitario, como prednisona, azatioprina (Imuran), ciclosporina, metotrexato, rituximab, Orenzia o Remicade?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿La persona que recibirá la vacuna está en contacto directo con alguien cuyo sistema inmunitario está comprometido gravemente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿La persona que recibirá la vacuna ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿La persona que recibirá la vacuna recibe medicamentos antivirales contra los virus de influenza?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿La persona que recibirá la vacuna está embarazada o podría quedar embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene algún problema de salud crónico como enfermedad cardíaca, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones o metabólica (p. ej., diabetes), anemia u otro trastorno sanguíneo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14. ¿El niño tiene entre 2 y 4 años y, durante los últimos 12 meses, le han dicho que tiene sibilancia o asma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. Si la persona que recibirá la vacuna es menor de 18 años, ¿ha recibido algún tratamiento con aspirina o que contenga aspirina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Tuve la oportunidad de revisar la Declaración de Información sobre la Vacuna (Vaccine Information Statement, VIS) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) para la vacuna antigripal contra los virus de influenza y de hacer preguntas, y recibí respuestas a mi entera satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna y autorizo expresamente al personal de enfermería para que me administre la vacuna. Por este medio libro a Hennepin Health Systems (HHS), que comercializa bajo el nombre de MVNA, a sus funcionarios, empleados, agentes y _____ (nombre de la compañía), sus funcionarios, empleados y agentes, de toda responsabilidad que pueda surgir por la vacuna en mi nombre, el de mis herederos y sus representantes personales. Reconozco que han puesto a mi disposición una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HHS (que comercializa bajo el nombre de MVNA), donde se explica la manera en que HHS podría usar o revelar mi información de salud y se detallan mis derechos respecto a mi información de salud. Entiendo que soy financieramente responsable ante HHS (que comercializa bajo el nombre de MVNA) por cualquier saldo que no sea cubierto por mi compañía aseguradora indicada arriba.

Relación con el paciente: Yo 6 meses – 18 años Madre Padre Otro _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra imprenta: _____

Si no soy "yo", soy el padre, la madre, el representante autorizado o tutor legal del menor y puedo dar el consentimiento efectivo para esta vacunación. Si corresponde, autorizo a la escuela de mi hijo para que designe a un adulto responsable para que esté presente durante la vacunación y para que dé instrucciones o ayuda si es necesario.

NURSE ONLY					
Manufacturer	Dose	Age	Site	Lot Number (Sticker)	Expiration Date
FluLaval/GSK Quadrivalent	<input type="checkbox"/> 0.5 ml	<input type="checkbox"/> 6 months & up	IM Deltoid: L or R IM Thigh (infant only): L or R		
Fluzone/Sanofi Quadrivalent	<input type="checkbox"/> 0.5 ml	<input type="checkbox"/> 6 months & up	IM Deltoid: L or R IM Thigh (infant only): L or R		
HighDose Fluzone/ Sanofi	<input type="checkbox"/> 0.5 ml	<input type="checkbox"/> 65 years & up	IM Deltoid: L or R		
FluMist/Medimmune	<input type="checkbox"/> 0.2 ml	<input type="checkbox"/> 2 to 49 years	Nasal spray		

Vaccine Administrator Signature: _____

RN Name (Please Print): _____ Date: ____/____/2019 VIS Edition: ____/____/

Vaccine Information Statement (VIS) given/offered today: (RN to check box)

Administration
complete in Epic?



MVNA20190501