



For Office Use Only			
Medicaid	Medicare	Paid	BC/BS
ID Number:	_____		
Group No:	_____		
Policy Holder:	_____		

Formulario de Consentimiento / Documentación de la Vacuna contra la Influenza

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gripe
➤ (edad de 6 meses+) | <input type="checkbox"/> Flublok
➤ (edades 18+)
➤ (No contiene huevo)
➤ (Recomendado a edades 50+) | <input type="checkbox"/> Gripe de Dosis Alta
➤ (65 y mayor) |
|---|--|---|

Se me ha ofrecido o proporcionado, ya sea aceptado o no, una copia de la "Declaración de información sobre la vacuna" con fecha 08/06/2021. He leído, o me han explicado, la información contenida en la "Declaración de información sobre vacunas". Mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente y pido que me administren la vacuna a mí o a la persona nombrada a continuación por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. (Si corresponde, autorizo al Departamento de Salud del Condado de Ellis a facturar a la Parte B de Medicare por esta vacuna).

X _____
 Firma de Paciente (o) Padre/ Guardián

 Fecha

<u>Informacion de Paciente</u>	
Apellido: _____	Primer nombre: _____
Hombre/Mujer (Circule uno)	
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____ Raza: _____
Direccion de casa: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____ Código Postal: _____
Numero Telefonico: _____	
Tiene alergia hace el huevo o pductos conteniendo huever? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Vacuna proporcionada y administrada por: Departamento de Salud del Condado de Ellis
 2507 Canterbury Drive, Hays, Kansas 67601 785-628-9440

SOLO PARA USO CLÍNICO:
VIS Date: 08/06/2021

Lot Number _____	_____ Left	_____ Right
Expiration Date _____	_____ Deltoid	_____ Vastus Lat

_____ Signature and Title of Vaccine Administrator	_____ Date
---	---------------





Reconocimiento de Aviso de Practicas de Privacidad

Nombre de Paciente: _____

El Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. También proporciona información sobre sus derechos con respecto a su información médica protegida según se describe en la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996.

Como se indica en nuestro aviso, los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada haciendo una solicitud al Departamento de Salud del Condado de Ellis.

Comunicación

Es posible que le notifiquemos de las próximas citas por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto. Es posible que dejemos mensajes en su correo de voz pidiéndole que se comuniquen con nuestra oficina para obtener información. Solo le comunicaremos información médica por teléfono. Háganos saber si prefiere medios alternativos para comunicarse con usted.

Mi información médica protegida puede ser divulgada a las siguientes personas involucradas en mi cuidado.

Nombre	Relación
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del **Departamento de Salud del Condado de Ellis** con fecha de vigencia del 14 de Abril de 2003.

Firma del Paciente o Padre

Fecha

