

DOCUMENTACION DE VACUNACION/FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Se me ha ofrecido una copia de las "Declaraciones de Información sobre las Vacunas" enumeradas abajo. He leído, se me ha explicado y entiendo la información en estas declaraciones.

He solicitado que las vacunas marcadas abajo me sean proporcionadas a mí o a la persona nombrada abajo, para la cual yo estoy autorizado a hacer esta solicitud. Doy mi consentimiento para que se incluyan estos datos sobre inmunización en el Registro de Inmunización de Kansas, a nombre propio o de la persona nombrada abajo.

RECONOCIMIENTO DE LA NOTIFICACION SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Reconozco que han puesto a mi disponibilidad una copia de la Notificación del Condado de Sedgwick sobre las Prácticas de Privacidad con fecha de vigencia del 1 de Julio, 2013.

AUTORIZACIÓN PARA EL SEGURO MÉDICO Y PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo solicito que se haga el pago de Beneficios por Gastos Médicos autorizados, facturados a la Compañía de Seguros (incluyendo Medicare, Medicaid, y Healthwave) a mi nombre y que se efectúe dicho pago al Departamento de Salud del Condado de Sedgwick por cualquier servicio que me hayan suministrado en ese establecimiento. Yo autorizo a cualquier entidad que posea información médica acerca de mí, a que la divulgue a los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid y a sus agentes para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. El Departamento de Salud del Condado de Sedgwick cobra al seguro médico como una cortesía. Esto constituye una notificación por adelantado para usted, el beneficiario, de que si todos los requisitos del programa son llenados por el proveedor pero Medicaid y/o cualquier otra cobertura de seguro no hace el pago, entonces a usted se le hará responsable por los costos.

<input type="checkbox"/>	Dtap	<input type="checkbox"/>	Hep A	<input type="checkbox"/>	MMR	<input type="checkbox"/>	Meningococcal	<input type="checkbox"/>	Pneumonia
<input type="checkbox"/>	Tdap	<input type="checkbox"/>	Hep B	<input type="checkbox"/>	Varicella	<input type="checkbox"/>	HPV	<input type="checkbox"/>	Influenza
<input type="checkbox"/>	TD	<input type="checkbox"/>	Hib	<input type="checkbox"/>	Rotavirus	<input type="checkbox"/>	Yellow Fever	<input type="checkbox"/>	Immune Globulin
<input type="checkbox"/>	DT	<input type="checkbox"/>	Prevnar	<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	Typhoid	<input type="checkbox"/>	Other _____
<input type="checkbox"/>	Rabies	<input type="checkbox"/>	Shingles	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Firma de Paciente o de Padre/Tutor _____ Fecha _____

Nombre de Paciente o Padre/Tutor _____ Fecha de nacimiento de padre _____

Relación al Paciente _____

Información Del Paciente				
Apellido	Nombre	Numero de teléfono	Edad	Fecha de nacimiento
Domicilio		Ciudad:	Estado	Código Postal:
Número de Seguro Social:	Hispano o Latino Si ___ No ___	Raza		
Nombre de su Doctor Principal	Género: M ___ F ___	___ Asiático	___ Negro/Afro- Americano	
		___ Nativo-Americano/Nativo de Alaska	___ Otro	
		___ Caucásico/ Mexicano/ Puertorriqueño	___ Isleño hawaiano/pacífico nativo	
Esta información puede ser usada para contactarme para recordarme una cita para mí o para aquello de los que soy tutor.				
Cuestionario sobre Historial de Vacunación				
1. La persona que va a ser vacunada esta actualmente enferma o tiene fiebre?			___ Si	___ No
2. La persona que va ser vacunada ha sufrido en el pasado una reacción seria con las vacunas?			___ Si	___ No
3. La persona que va ser vacunada tiene alguna alergia que produce una reacción severa (anafiláctica)?			___ Si	___ No
4. La persona que va ser vacunada sufre de convulsiones u otros desordenes neurológicos?			___ Si	___ No
5. La persona que va ser vacunada tiene problemas de salud que le dificultan su capacidad para defenderse contra una infección?			___ Si	___ No
6. La persona que va ser vacunada tiene contacto regular con alguien que tiene un sistema inmunológico debilitado?			___ Si	___ No
7. La persona que va ser vacunada usa cortisona, prednisona u otros esteroides o medicamentos contra el cáncer o ha recibido tratamiento de rayos X?			___ Si	___ No
8. La persona que va ser vacunada ha recibido sangre, plasma o inmunoglobulina durante los últimos 12 meses?			___ Si	___ No
9. La persona que va ser vacunada está embarazada o planea embarazarse durante los próximos 3 meses?			___ Si	___ No
10. En qué fecha comenzó su último ciclo menstrual?			___ Si	___ No
11. Fuma?			___ Si	___ No
Si fuma, planea dejar de fumar durante los próximos 30 días?			___ Si	___ No
Elegibilidad del Paciente				
___ T19 Medicaid ___ Sin Seguro Médico ___ Nativo Americano/ Nativo de Alaska ___ T21 Kancare				
___ HealthWave ___ Completamente Asegurado				
___ Seguro Insuficiente (El seguro no cubre vacunas)				
___ Insuficientemente servido (El co-pago o deducible del seguro es tan alto que se convierte en una barrera para obtener vacunas)				