

Nombre del Paciente: (Primero, Apellido Paterno) _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ **Edad:** ___ **Género:** Masc Fem **Número de Teléfono:** _____

Dirección: _____ **#:** ___ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Raza: Caucásico (Blanco) Nativo de Alaska Afroamericano Nativo Americano Asiático o de las Islas Pacífico Otro
Etnia: Hispano SI NO

¿Tiene seguro médico? SI NO **Enseñe su tarjeta de aseguranza**

Subscriber Name: _____ **Date of Birth:** ___/___/___ **Relationship:** _____

Preguntas para recibir vacunas hoy:			
Haga favor de marcar los cuadritos con respecto a la persona que recibirá las vacunas	Sí	No	No Sé
¿Está enfermo(a)?			
¿Tiene alguna enfermedad crónica? ¿Un niño(a) menor de 5 años de edad con síntomas de asma?			
¿Tiene el individuo alguna alergia a medicamentos, huevos, levadura, gelatina o a algunas vacunas o ha reaccionado con severidad a alguna vacuna en el pasado?			
¿Ha tenido ataques, convulsiones, u otros problemas del sistema nervioso?			
¿Vive con alguien que tiene cáncer, sida, Guillain-Barré síndrome, o esta inmunocomprometido?			
¿Ha tomado cortisona, prednisona, otro tipo de esteroides, drogas contra el cáncer, o recibido tratamiento de radiografía en los últimos 3 meses?			
¿Ha recibido el individuo alguna transfusión de sangre, plasma o gama globulina en los últimos 6 meses?			
¿Está embarazada o corre el riesgo de estar embarazada dentro los siguientes tres meses?			
¿Ha recibido el individuo algunas inmunizaciones en las últimas cuatro semanas?			
¿Ha tenido Varicela?			

He recibido una copia y la he leído, o me han explicado la información contenida en el documento de Declaración de Información de Vacunas acerca de la(s) enfermedad(es) y vacuna(s). Todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. Comprendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y solicito que el récord de las vacunas administradas sea dado a mí o a la persona a la que autorizo ha hacer esta solicitud. Yo certifico que he recibido una copia de la Noticia de Prácticas de Privacidad. Estoy de acuerdo con que la información que está en este formulario pueda ser compartida con las escuelas, guarderías, profesionales de salud y otros para verificación de vacunas, para estudios de salud públicos o por cualquier razón médica necesaria. Por medio de la presente, excluyo al Gobierno del Condado de Utah y a sus empleados de todo reclamo que se presente por la(s) vacuna(s) recibida(s). Comprendo que si tengo seguro médico que cubre vacunas, no soy elegible para el Programa de Vacunas para Niños. Por medio de la presente autorizo al Departamento de Salud del Condado de Utah (Utah County Health Department) a enviar el recibo/cobro a Medicaid, Medicare y/o seguros que tengan contrato con el UCHD

Debido a los altos costos de proveer servicios de cobranza a las compañías de seguro, comprendo que el monto que se cobrará a mi compañía de seguros es mayor que el monto que yo tendría que pagar si es que hubiera decidido hacerlo al momento el servicio (con un descuento). Yo comprendo que se me cobrará el monto completo de la(s) vacuna(s) si es que decido no pagar al momento del servicio y por alguna razón mi compañía de seguros no paga. Por medio de la presente autorizo al Departamento de Salud del Condado de Utah a someter reclamos a Medicaid, Medicare y/o seguros que tengan contrato con el UCHD.

Comprendo que la cobertura de mi seguro médico podría tener ciertas restricciones y limitaciones. Yo estoy de acuerdo con pagar el monto total por cualquier y todos los cargos en el caso que no sean cubiertos por mi aseguranza. Si Yo no pago estos servicios y cargos dentro de los 90 días después de haber recibido la notificación de que los cargos no fueron cubiertos por mi aseguranza, mi cuenta será transferida a una oficina de colección. Por medio de la presente expreso mi acuerdo de pagar todos los gastos de colección incluyendo un cargo adicional del 35%. Asimismo pagaré todos los gastos de abogados y corte si es que una acción legal es necesaria.

JURISDICCION y LUGAR. Los términos y condiciones contenidas en este acuerdo serán regidas por las leyes del Estado de Utah y serán comprendidas e interpretadas de acuerdo a esas leyes. Cualquier acción o procedimiento traído por cualquiera de las partes que esté basado o derivado de, o de alguna forma relacionada con este acuerdo será archivado en una corte de jurisdicción competente dentro del Estado de Utah. Las partes aquí expresadas consienten su jurisdicción personal (presentarse) a dicha corte.

Firma de Autorización: _____ **Fecha:** ___/___/___ **Relación con el paciente** _____

Por Favor escriba su nombre: _____

Date printed on Vaccine Information Sheet: MULTI VACCINES10/22/14; DTAP/DT 05/17/07; HEP A 7/20/16; HEP B 7/20/16; HIB 04/02/15; HPV9 12/2/16; IG 05/1/94; INFLUENZA 8/19/14; MENING 3/31/16; MEN B 8/9/16; MMR 4/20/12; MMRV 5/21/10; PPSV23 4/24/15; PCV13 11/5/15; POLIO 7/20/16; PPD 04/25/05; RABIES 10/06/09; ROTAVIRUS 4/15/15; SHINGLES 10/06/09; TD 4/11/17; TDAP 02/24/15; TYPHOID 05/29/12; VARICELLA 03/13/08; YELLOW FEVER 03/30/11; JE 01/24/14

VACCINE	CATEGORY	SITE	LOT #	DOSE	COST	PAYMENT INFORMATION	
						Cash/Check/Visa or MasterCard/Contract	
						INSURANCE:	
Total Costs for Today's Vaccines/Insurance Provider:						Total Amount Paid:	
Nurse One ID #			Nurse Two ID#			Operator ID#:	
Wait 15 min <input type="checkbox"/> Live Vaccine <input type="checkbox"/> Notes:							