

**Beaufort County Health Department**  
**Statement of Permission and Assignment: Influenza Vaccine**

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
Apellidos Primer Nombre Segundo Nombre

**Género:** (circule 1) Masculino Femenino **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Numero de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Número y calle Ciudad Estado Código Postal

**# De Teléfono:** Casa \_\_\_\_\_ Trabajo u Otro \_\_\_\_\_ **Lenguaje Primario:** (circule 1) Ingles Español otro

**Raza:** (Circule 1) Blanco Hispano Africano Americano Asiático Nativo Americano Otro \_\_\_\_\_

**Información de su póliza de seguro medico**

**Medicaid** # de Identificación \_\_\_\_\_ Fechas de cobertura: \_\_\_\_\_

**Medicare** Número de Reclamo de Medicare: \_\_\_\_\_

**Nombre del plan suplementario de Medicare:** \_\_\_\_\_ # de Identificación de Miembro: \_\_\_\_\_

**No seguro/Pago del Paciente**   **Póliza de seguro Privado**

Nombre de la compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

# De Póliza (O # de identificación del suscriptor) \_\_\_\_\_

Grupo o Nombre del Plan: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_ Fechas de Cobertura: \_\_\_\_\_

**Pre-Vaccination Evaluation**

**Yo he leído y entiendo** la información que me han proporcionado sobre como recibir vacunas contra la influenza (formulario actual de VIS) y he tenido la oportunidad de hacer preguntas entiendo que ser alérgico a los huevos puede ser una razón para no recibir la vacuna contra la influenza. Por favor háganos saber si usted.

- 1) Ha tenido una reacción alérgica a los huevos
- 2) Ha tenido una reacción grave (incluyendo el síndrome de Guillan-Barre') después de recibir la vacuna contra la influenza
- 3) ¿Tiene fiebre con una temperatura superior a los 100 grados?

**Firma Del Consentimiento Del Paciente**

**Firmando Abajo:** Yo reconozco que se me ha dado a leer o he recibido una copia del "Aviso de Practicas de Privacidad" por parte del Departamento de Salud del Condado de Beaufort. \_\_\_\_\_ **(Iniciales por favor)**

**Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de Beaufort** para presentar un reclamo de mi parte (si aplica) para Medicare, Medicaid, y o seguro médico o un tercer pagador. También autorizo la liberación necesaria de cualquier información para procesar mi reclamo. Solicito que el pago se le haga al Departamento de salud del Condado de Beaufort en mi nombre. **Yo sé que si mi seguro no paga Yo seré responsable del pago.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**FOR HEALTH DEPARTMENT USE ONLY**

<input type="checkbox"/> Fluzone (Private) UT8076KA Pres-free	Date _____
<input type="checkbox"/> Fluzone (Private) ut8463aa HD	Given by: _____ RN# _____
<input type="checkbox"/> Fluzone (Private) U8499DA HD	<b>Administration Site:</b> <input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Right Deltoid
<input type="checkbox"/> Fluzone (Private) U8519BA HD	<input type="checkbox"/> Left Anterolateral Thigh <input type="checkbox"/> Right Anterolateral Thigh
<input type="checkbox"/> Fluzone (Private) U8442AA	<b>Diagnosis Code Z23</b>
<input type="checkbox"/> Fluzone (Private)) UA435BA	<b>Pres-free Dosage and CPT Codes:</b>
<input type="checkbox"/> Fluzone (state) UT8468MA	<input type="checkbox"/> 0.50 ml CPT 90686 Presfree <input type="checkbox"/> 0.50 ml 90688
<input type="checkbox"/> Entered in Patagonia <input type="checkbox"/> Entered in NCIR	<input type="checkbox"/> 0.50 ml CPT 90662 (High Dose)