www.umdhu.org



FLU /COVID Aregistro de dministration

La información recopilada en este formulario se utilizará para documentar la autorización de recepción de la(s) vacuna(s).
Información puede ser compartida a través del Sistema de Inmunizaciónde Dakota del Norte **(NDIIS) con otras entidades**

POR FAVOR IMPRIMA ***Responda preguntas de salud en la parte superior posterior de esta hoja.***

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre:	**Segundo nombre:**	**Apellido:**	**Fecha de nacimiento:**	**Edad:**	**Género:** ***(círculo)*** Macho Femenino

Dirección postal (número de calle o caja):	**Número apto**	**Carrera:** ***(por favor marque*** todos ***los que correspondan)***	**Estado de nacimiento o país de nacimiento:**
Ciudad:		☐ Blancos pero no hispanos o latinos ☐ Blancos e hispanos o latinos ☐ Indio Americano / Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Hawaiano nativo / isleño del Pacífico ☐ Otra raza ☐ Desconocido	
Estado: / **Código postal:**	**Condado:**		**Ocupación:**
Correo electrónico:			

Teléfono residencial #	**Teléfono celular #**	**Trabajo #**

ELEGIBILIDAD

Por favor, marque *todo lo* que corresponda.

☐ **Medicaid Number:** _____
NO ENVÍE DINERO. Medicaid se facturará si se proporciona el número ***de Medicaid.***

☐ **Sin seguro (18 años o** menos**)** ***ENVÍE ***$20.99 PARA*** LA ***VACUNACIÓN*** CONTRA LA ***INFLUENZA*** con este formulario de consentimiento *(efectivo o cheque exacto, pagadero a UMDHU)*

☐ **Autopago : _____**

☐ **Asegurado – Llame a su compañía de seguros para determinar si las vacunas están cubiertas cuando son proporcionadas por la Unidad de Salud del Distrito de Upper Missouri.** Si es así, complete la información del seguro. ***NO ENVÍE DINERO.*** Se le facturará por cualquier responsabilidad del paciente. Llame a su oficina local de UMDHU para más preguntas u opciones de pago.

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro primario o Medicare #	**Nombre del titular de la póliza (First MI Last):**	**Relación del titular de la póliza con el cliente:**	**Fecha de nacimiento del titular de la póliza:**
	Nombre de la compañía de seguros:	**Número de grupo** si corresponde:	**Género del titular de la póliza:** Macho Femenino
	Número de identificación de miembro del titular de lapóliza:	**Id.de brasa del** cliente M si es diferente:	
Seguro Secundario o Suplementario	**Nombre del titular de la póliza (First MI Last):**	**Relación del titular de la póliza con el cliente**	**Fecha de nacimiento del titular de la póliza:**
	Nombre de la compañía de seguros:	**El número de grupo esaplicable:**	**Género del titular de la póliza:** Macho Femenino
	Número de identificación de miembro del titular de lapóliza:	**Id.de brasa del** cliente M si es diferente:	
	Nombre de pago de la empresa:	**Dirección postal de la empresa:**	

FIRMA

RECONOCIMIENTO, AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Doy mi consentimiento para la administración de la(s) vacuna(s) que se va a administrar. Se ha proporcionado una copia de la Declaración de información sobre vacunas. He leído la información sobre la vacuna. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y creer que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna.
La información recopilada en este formulario se utilizará para documentar la recepción de la vacuna y doy mi consentimiento para el intercambio de esta información con el Sistema de Información de Inmunización de ND.
Acepto pagar y soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por tercerospagadores. Asigno y autorizo a cualquier tercero pagador / asegurador a realizar el pago directo a la Unidad de Salud del Distrito de Upper Missouri (UMDHU)). Autorizo la divulgación de la información necesaria para procesar este reclamo. El Aviso de Prácticas de Privacidad de UMDHU está disponible a pedido.

Firma:	IMPRIMIR NOMBRE:	Fecha:

yon acuerdoance con North Dakota CentCódigo ury 23-01-05.3.

Para que los pacientes se vacunen: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón, no debemos darle la vacuna inyectable inactivada contra la influenza hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que no deba vacunarse. Solo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que la explique.

Seleccione la(s) vacuna(s) que desea recibir: **Influenza**: ☐ **High Dose (mayores de 65 años)**
☐ **Influenza**

COVID: ☐ **Pfizer**
☐ **Moderna**
☐ **Novavax**

Y____N____ ¿Te sientes enfermo hoy?
Y____N____ ¿Ha tenido una reacción grave por una vacunación anterior?
Y____N____ ¿Tiene antecedentes de reacción alérgica grave (anafilaxia) a algún componente de la vacuna? incluyendo proteína de huevo?
Y____N____ ¿Has tenido el síndrome de Guillain-Barré, una rara enfermedad paralizante?
Y____N____ ¿Tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedad pulmonar, cardíaca, renal o metabólica (por ejemplo, diabetes), asma, un trastorno sanguíneo, miocarditis/pericarditis, trombocitopenia inducida por heparina o ¿Síndrome inflamatorio multisistémico? No incluya la presión arterial alta.
Y____N____ ¿Consume tabaco

--------**responda estas preguntas adicionales** si recibir la vacuna **COVID** **hoy** ----------Y____N____ ¿Ha recibido una dosis de la vacuna COVID? Círculo cuál: Pfizer Moderna Janssen Novavax
Y____N____ ¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente para el tratamiento de COVID en los últimos 90 años? ¿Días?
Y____N____ ¿Ha dado positivo por COVID en los últimos 10 días?
Y____N____ ¿Tiene un sistema inmunitario debilitado causado por una infección por VIH o cáncer o toma ¿Medicamentos o terapias inmunosupresoras?
Y____N____ ¿Tienes rellenos dérmicos?
Y____N____ ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica **tumba** (anafilaxia) ¿algo? **Lista:** _____

A CONTINUACIÓN, SE MUESTRA SOLO PARA USO DE UMDHU

	Vaccine(s) To Be Given		CVX	CPT	Route	Lot Number	Admin Site	RX number
P /State	**Influenza PF (6 mos +)**	Fluarix	140	90656	IM		LA RA LT RT	
P/STATE	**Influenza PF (6 mos +)**	Fluzone	140	90656	IM		LA RA LT RT	
P / State	**Influenza PF (6 mos +)**	Flucelvax	153	90661	IM		LA RA LT RT	
PRIVATE	**Influenza- High Dose (65yrs+)**	Fluzone	135	90622	IM		LA RA LT RT	
P/State	**Influenza- (9 yrs. +)** Sanofi	Flublok	155	90673	IM		LA RA LT RT	
P / State	**Covid Moderna (6 mos-11ys)**	Moderna	311	91321	IM		LA RA LT RT	
P / State	**Covid Moderna (12 yrs +)**	Moderna	312	91322	IM		LA RA LT RT	
P / State	**Covid Pfizer (5 yrs. to 11yrs)**	Pfizer	310	91319	IM		LA RA LT RT	
P / State	**Covid Pfizer (12 yrs. +)**	Pfizer	309	91320	IM		LA RA LT RT	
P/STATE	**Novavax**	Novavax	313	91304	IM		LA RA LT RT	
P/State	**RSV Adult**	Arexvy	303	90679	IM		LA RA LT RT	
P/State	**RSV Infant**	Beyfortus	307	90381	IM		LA RA LT RT	
P/State	**RSV (Pregnancy 32-36 Weeks) (Sept-Jan)**	Abrysvo	305	90678	IM		LA RA LT RT	
	Vaccine Administrator:					Date Given:		Revised 9/26