HarveyCounty

DEPARTAMENTO DE SALÚD - FLU REGISTRATION FORM

INFORMACIÓN DEL PACIENTE :

Apellido:_____ Nombre:_____

Dia de nacimiento: _____ Numero De Segura Social (18 Años y más, sólo para uso interno): _____

Dirección: _____Ciudad: _____ Estado:_____Zona Postal:_____

Tele. De la casa:_____ Trabajo:_____Celular:_____

ESCUELA QUE ESTA ATENDIENDO 2016-2017:_____

==========

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino **Estado Civíl:** ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a

Raza: ☐ Caucásico ☐ Asiático ☐Negro ☐Am. Indio ☐Nativo de Hawaii/ Islas Pacíficas ☐ Otro

Etnicidad: ☐ Hispana ☐ No-Hispana

==========

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA PERSONA PRINCIPAL EN SU HOGAR:

Apellido:_____ Nombre:_____

Dia de nacimiento: _____ Numero De Segura Social: _____

Dirección: _____Ciudad: _____Estado:_____Zona Postal:_____

Tele. De la casa:_____ Trabajo:_____Celular:_____

E-MAIL:_____

==========

Para clients de 18 años de edad y menor solo: Escoja uno debajo

☐ Seguro privado ☐ KanCare ☐ Medicaid ☐ No seguro ☐ La aseguransa no paga las vacunas

☐ Los niños con servicios marginados son niños que están en la edad escolar y están inscribidos en el programa de almuerzo reducido o grátis (prueba debe ser presentada).

==========

El pago o los arreglos deben ser hechos antes la vacunación será dada. ¿Cómo planea usted pagar?

☐ Yo voy a pagar el pago completo por la gripa o para la pneumonia hoy. Cheque o Efectivo. Haga el cheque al Departamento de Salud del Condado de Harvey.

☐ Me gustaria aplicar al precio reducido. Las rentas brutas de mi familia son _____ por _____. Personas en su familia ___(Por favor use su Forma de IRS más reciente 1040 Ingreso bruto ajustado si archivara impuestos).

☐ Mande la cuenta al seguro privado. La aseguransa debe ser presentada al tiempo de servicio. El Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del Asegurado: _____

☐ Mande la cuenta a Medicare. La tarjeta necesita ser presentada al tiempo de servicio.

☐ Mande la cuenta al KanCare y/o el Medicaid. La tarjeta debe ser presentada al tiempo de servicio.

==========

Lea por favor y verifique cada caja que aplica antes de firmar.

☐ Se me ha ofrecido la Declaración(s) de Información de Vacunación (las Declaraciones). He leído por el internet (ver link) o he llamado al departamento de salud para recibir una explicación de la información (316-283-1637) Mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. las Declaraciones

☐ Solicito que las vacunas para ser dadas a la persona denominada arriba para quien soy autorizado a haceresta petición.

☐ Reconozco que me han ofrecido una copia de la Práctica de la Intimidad con la fecha de vigencia del 12 de Septiembre de 2013. Prácticas de Privacidad, español

☐ Autorizo la libertad de solo información médica o facturar necesaria para procesar reclamos para proveedores de seguro incluyendo Medicare o Medicaid.

☐ Solicito el pago de beneficios de seguro al Departamento de Salud del Condado de Harvey.

☐ Concuerdo en ser completamente responsable de cualquier co-paga, deducible o no cubrió los servicios.

_____ _____ _____

Firma del Cliente o Individuo Responsable Parentesco al Cliente Fecha

Comprobación aquí denota la aceptación de una firma electrónica.

Por favor contestar todas las preguntas médicas atrás para el cliente recibir la vacuna.

¿Tiene usted cualquier alergia al alimento o la medicina? ____ **Si** ____**No**

¿Si es Sí a que?_____

==========

PARA LA VACUNA DE LA GRIPA, conteste por favor las preguntas siguientes:

¿El cliente ha tenido alguna vacuna en 30 dias antes de hoy?	NO	SI
¿El cliente nunca ha recibido la vacuna de la gripa?	NO	SI
¿El cliente ha tenido reacción a la vacuna de la gripa?	NO	SI
¿El cliente ha tenido síndrome de Guilliam-Barre?	NO	SI
¿El cliente Alergias a huevos, proteunas de huevos, gentamicina, gelatin, o aminoácidos ?	NO	SI
¿El cliente usted una alergia al látex?	NO	SI
¿EL cliente tiene Asma, curriente jadeo,(si entre 5) ,o jadeo active?	NO	SI
¿El cliente esta reciviendo aspirina o tratamiento contiendo aspirina (si entre18)?	NO	SI
¿Tiene el cliente lo siguiente:		
Enfermedad del Riñón?	NO	SI
Enfermedad del Corazón?	NO	SI
Enfermedades Metabolicas (e.g. diabetis) ?	NO	SI
¿El cliente ha tenido alguna enfermedad que reduce la resistencia del cuerpo para infecciones?	NO	SI
¿El cliente esta tomado medicina de esteroides o quimoterapia?	NO	SI
¿El cliente ha tenido algun contacto con alguien que tiene su sistema imuno débil y que estar en un ambiente protegido?	NO	SI
¿El cliente esta Embarazada o Dando Pecho?	NO	SI