

Uso exclusivo de oficina

CA/CK

Información de la Clínica

Formulario de Consentimiento

Vaccine Information Statements



El Departamento de Salud de Weber-Morgan ofrece las siguientes vacunas:

- ☐ MMR (Sarampión, paperas y rubéola) ☐ Influenza (Gripe) ☐ Tdap (Tétanos, difteria y tos ferina) ☐ COVID

- **Por favor complete ambos lados de este formulario.**
- **Por favor lea las declaraciones informativas sobre la vacuna**, al que se puede acceder escaneando el código QR arriba.

WMHD puede facturar a las siguientes compañías de seguros; sin embargo, le recomendamos que verifique que su plan de seguro esté en la red de WMHD. No se aceptan EPO. No todos los planes participan con Weber-Morgan Health Dept/ Gregory Gochnour, MD. **No se aceptan seguros internacionales.**

- Aetna (No EPOs)
- BCBS (No Focal Point & no EPOs)
- BRMS (Beyond Investments solo)
- CHIP
- Deseret Mutual
- Educators Mutual
- GEHA
- Health Choice
- HealthEZ (OSD solo)
- Medicaid
- Medicare (Part B solo)
- Molina
- PEHP
- Samera Health (T&C network solo)
- SelectHealth
- TRICARE
- UMR
- United Health
- University of Utah

Nombre del suscriptor

Póliza/# ID # Grupo

Seleccione alguna de las siguientes opciones de pago: (*Toda la información debe de ser completada para que podamos facturar*)
Si tiene más de un seguro, marque TODOS los que correspondan. ADJUNTE UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO.

- ☐ 1) El paciente tiene uno o más de los seguros mencionados anteriormente*. **(W)**

Indique Medicaid/Medicare en las opciones 2 o 3. TRICARE utiliza un DBN de 11 dígitos.

Seguro Primario: _____ Numero de Póliza: _____ Grupo #: _____

Titular de la Póliza: _____ Fecha de nacimiento del Titular: _____

Seguro Segundo: _____ Numero de Póliza: _____ Grupo #: _____

Titular de la Póliza: _____ Fecha de nacimiento del Titular: _____

- ☐ 2) El paciente tiene*: ☐ Medicaid -or- ☐ CHIP **(0-18 VFC)/(19+ W)**

Selecciona uno: ☐ Medicaid Tradicional ☐ Health Choice ☐ Molina ☐ SelectHealth ☐ University of Utah

Member ID/Medicaid #: _____ CHIP Policy # (SelectHealth solo): _____

- ☐ 3) El paciente tiene*: ☐ Medicare (Part B) -or- ☐ Medicare Advantage Plan **(W)**

Medicare #: _____ ☐ Medicare Railroad Número de seguro social _____

Nombre del Seguro: _____ Numero de Póliza: _____ Payer ID #: _____

Dirección de reclamaciones médicas: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

- ☐ 4) El paciente **NO** tiene seguro. Por favor pague la tarifa de divulgación. ****Es ilegal seleccionar esta opción si el paciente tiene alguna cobertura de Seguro]**

Adultos (19 años o más): vacuna contra la gripe \$20, gripe de dosis alta \$140, Tdap \$20, MMR \$20, COVID \$20 **(19+ SP or W)**

Niños (0 a 18 años): vacuna contra la gripe \$20, Tdap \$20, MMR, \$20, COVID \$20 **(0-18 VFC)**

- ☐ 5) El paciente tiene seguro, pero pagará de su bolsillo porque: **(W)**

- el seguro del paciente **NO** está incluido en este formulario
- el seguro del paciente **NO** cubre las vacunas
- el paciente no desea que se facture al Seguro

Por favor, pague la tarifa de pago por cuenta propia que se indica a continuación**

Adultos y niños: vacuna contra la gripe \$50, gripe de dosis alta \$140, Tdap \$82, MMR \$142, COVID \$218

****Si se indica el pago, por favor preséntelo junto con este formulario de consentimiento el día de la clínica.**

Se aceptan pagos en efectivo y con cheque. Por favor, haga los cheques a la orden de "WMHD".

Si desea que le enviemos un recibo detallado para enviarlo a su seguro, llame al (801) 399-7250.

Formulario de Consentimiento

Uso exclusive de oficina

Stock/Form #

Nombre Legal:		Sexo (circule uno): Masc. Fem.	Fecha de Nacimiento:	Edad:
Número de teléfono:	Correo electrónico:		Ethnicidad (circulo uno): Hispana No-Hispana	Raza:
Domicilio:		Cuidad:	Código Postal:	

La persona que recibe la vacuna

- | | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Estuvo enferma durante la última semana de algo más serio que un resfrío? | ☐ | ☐ |
| 2. ¿Ha tenido alguna alergia grave a algún alimento o medicamento? | ☐ | ☐ |
| <i>Si contestó Sí, por favor enumere:</i> _____ | | |
| 3. ¿Ha tenido alguna reacción grave a alguna vacuna anteriormente? | ☐ | ☐ |
| 4. ¿Ha estado paralizada debido al Síndrome de Guillain-Barre tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré o ha tenido convulsiones, problemas cerebrales o nerviosos? <i>En caso afirmativo, circule.</i> | ☐ | ☐ |
| 5. ¿Ha tomado medicación antiviral, ha recibido una transfusión de sangre o inmunoglobulina en el último año? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Ha tenido una vacuna en el último mes? | ☐ | ☐ |
| <i>En caso afirmativo, indique la(s) vacuna(s) y la fecha:</i> _____ | | |
| 7. ¿Está recibiendo terapia con aspirina o medicamentos que inhiben el sistema inmunitario (p. ej., quimioterapia)? | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Está embarazada o amamantando, o podría quedar embarazada en el próximo mes? | ☐ | ☐ |
| 9. ¿Tiene un trastorno sanguíneo llamado trombocitopenia o púrpura trombocitopénica? | ☐ | ☐ |
| 10. ¿Tiene un padre o un hermano con un problema del sistema inmunológico? | ☐ | ☐ |
| 11. ¿Tiene una enfermedad crónica como enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar (incluyendo asma), enfermedad del riñón, enfermedad neurológica, enfermedad hepática, enfermedad metabólica (p. ej. diabetes), fuga de líquido cefalorraquídeo (LCR), una condición inmunocomprometida, falta del bazo o que no funciona o un implante coclear? <i>Si contestó Sí, por favor describir:</i> _____ | ☐ | ☐ |

ME GUSTARÍA RECIBIR LAS SIGUIENTES VACUNA(S) HOY:

- | | | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|-------------------|------------------------------|-----------------------------|
| • MMR (Measles, Mumps, Rubella) | YES ☐ | NO ☐ | • Influenza (Flu) | YES ☐ | NO ☐ |
| • Tdap (Tetanus, Diphtheria, Pertussis) | YES ☐ | NO ☐ | • COVID | YES ☐ | NO ☐ |

He leído, o me han explicado, la información contenida en la Declaración Informativa sobre la Vacuna para la persona que recibe la vacuna. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna me sea aplicada, o le sea aplicada a la persona por quien estoy autorizado a presentar esta solicitud. Acepto que esta información pueda ser compartida con escuelas, guarderías infantiles, profesionales de la salud y otras personas cuando sea médicamente necesario. Entiendo que es mi responsabilidad conocer la cobertura de mi plan de seguro médico y acepto pagar la parte no cubierta por mi seguro. Entiendo que si el Departamento de Salud de Weber-Morgan no tiene contrato con mi seguro médico, o si mi seguro médico se niega a pagar, soy responsable por todos los gastos incurridos. Por la presente se me notifica de que el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Weber-Morgan y las Declaraciones Informativas sobre las Vacunas están disponibles en su página web www.webermorganhealth.gov o con el código QR y he tenido la oportunidad de formular preguntas. El Departamento de Salud de Weber-Morgan obtiene estos datos con el fin de coordinar los servicios. Estamos comprometidos a proteger la privacidad de sus datos. Consulte <https://www.webermorganhealth.gov/about/personal-data-request-notice/en-webermorganhealth.gov>

Firma del Paciente/Padre/Guardian legal: _____

Autorizo a WMHD a divulgar verbalmente mi información médica protegida, incluyendo tratamiento, facturación y resultados de laboratorio a:

Nombre/Parentesco: _____ Teléfono: _____

*** El siguiente espacio es para uso exclusive de la oficina ***

The Stock Used is: **Weber** ☐ **Special Project** ☐

Date: _____

Nurse's Initials _____

Vaccine:**Site:**

- ☐ **Flu PFS** (> 6 mos) _____ [90656] ☐ L ☐ R
- ☐ **HD Flu** (65 +) _____ [90662] ☐ L ☐ R
- ☐ **Moderna 6m-11y** _____ [91321] ☐ L ☐ R

Vaccine:**Site:**

- ☐ **MMR** _____ [90707] ☐ L ☐ R
- ☐ **Tdap** _____ [90715] ☐ L ☐ R
- ☐ **Moderna 12+** _____ [91322] ☐ L ☐ R

Notes: _____