

# CLARKE COUNTY PUBLIC HEALTH

**\*\*\*\*\*FAVOR DE LLENAR EL FORMULARIO\*\*\*\*\***

**INFORMACION DEL PACIENTE \*\*FAVOR DE IMPRIMIR\*\***

<b>Nombre Completo</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>
<b>Dirección</b>	<b>Genero</b> MASCULINO      FEMENINO
<b>Ciudad/Estado/ Código Postal</b>	
<b>Teléfono</b>	

**CONSENTIMIENTO PARA VACUNAS \*\*FAVOR DE LEER ANTES DE FIRMAR O PONER FECHA\*\***

He recibido o se me ha ofrecido una copia de la información de la vacuna para la influenza y la forma de la revisión previa a la vacuna. Se me ha dado la oportunidad de leer y hacer preguntas. Yo entiendo todos los riesgos y beneficios que esto implica. Yo entiendo que, si se experimentan algunos efectos secundarios, será mi responsabilidad de tener un seguimiento con un médico a mi cargo. **La reacción leve a la inyección** incluye dolor, enrojecimiento y /o hinchazón en el lugar de las inyecciones, ronquera, dolor, enrojecimiento o picazón en los ojos, tos, fiebre, dolor de cabeza, comezón, fatiga.

**YO DOY MI CONSENTIMIENTO** a Clarke County Public Health de administrar la vacuna. Libero expresamente de cualquier responsabilidad la organización del nombre anterior y la (s) persona (S) que administra la (s) vacuna(s). Por mi parte, mis herederos, ejecutores y cesionarios acuerdan liberar al proveedor y a los empleados de todas y cada una de las reclamaciones que surjan de, en relación con, o de cualquier manera relacionadas con mi recibo de la vacuna. Por este medio yo autorizo y pido a mi compañía de seguros que pague y cubra los gastos por los servicios de vacunas administrados por el Departamento de Salud Pública del Condado de Clarke número de identificación del empleador 42-6005082 organización sin fines de lucro. Yo entiendo que esta autorización se aplica a los cargos elegibles presentados en relación con la inmunización administrada solamente por el proveedor anterior. También entiendo que el cheque de beneficios y una copia del formulario de resumen de beneficios se enviara por correo directamente al proveedor. Si mi plan de seguro niega la cobertura, entiendo que seré responsable de reembolsar a Clarke County Public Health por todas las vacunas administradas a la tarifa actual. Toda la información de las vacunas será ingresada en el sistema de información del Registro de Inmunización de Iowa, (IRIS).

(Imprima) Persona que recibe la vacuna o nombre del padre/tutor

(Firma) Persona que recibe la vacuna o nombre del padre/tutor

Fecha

**METHOD OF PAYMENT \*\*FACILITY USE ONLY\*\***

NO insurance or insurance does not cover vaccines		
Medicaid (Adult title 19)	Please print Medicaid number here:	
\$40 REG/ 60 HD Check	Make checks payable to Clarke County Public Health	
\$40 REG/60 HD charge to Credit/ Debit	Card Holder's Name:	Last 4 numbers:
Bill BlueCross BlueShield	ID #: _____	

**NOTE: I understand that if my insurance does not cover the cost of vaccines I will be held responsible for the full payment of vaccine**

**FOR STAFF USE ONLY**

<input type="checkbox"/> PRIVATE  <input type="checkbox"/> HIGH DOSE  <input type="checkbox"/> VFC	<input type="checkbox"/> IM Injection    0.25 cc    0.5 cc  Site:    Right Deltoid                      Left Deltoid  Right Thigh                         Left Thigh	Administered by:  <input type="checkbox"/> H. Buckingham LPN  <input type="checkbox"/> H. Rash RN  <input type="checkbox"/>
--	--	---