0948244843

FORMA DE CONSENTIMIENTO DE FLUMIST

Care Dynamix Inc dba Flu Busters

CPT 90660
DX V04.81

Nombre | **Inicial** | **Apellido**

Numero & Direccion

Ciudad | **Estado** | **Zona Postal**

Numero Telefonico - - | **Fecha de Nacimento** / / | **Edad** | ☐ Hombre ☐ Mujer

VACUNA FLUMIST

FluMist no protégé contra todos los esfuerzos de virus de gripe. La abilidad del FluMist es proteger a la persona dependiendo de la edad y estatus de salud de la persona recibiendo el FluMist, la similitud o "empareja" entre los esfuerzos de virus en el FluMist y en ésos en circulacion. FluMist es una vacuna de gripe que se administra enforma de niebla rociado en la nariz. FluMist contiene esfuerzos vivos de virus de gripe, que han sido debilitados. Cuando los esfuerzos debilitados de la niebla del FluMist entra la nariz, el cuerpo desarrolla un imune responsivo que ayudara a prevenir la gripe para la temporada entera. Si usted pregunta si usted debe recibir FluMist, usted debe de comunicarse con su medico personal. Esos vacunados pueden experiencar generalmente los efectos secundario templados y temporales, como congestión nariz/nasal líquida, síntomas frío-similares, la tos, garganta adolorida, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, cansancio, debilidad, irritabilidad, vomito o fiebre de mas de 100 grados Fahrenheit. Si usted tiene una reaccion adversa, por favor conctacte a su medico inmediatamente. Ninos de menos de 9 anos de edad recibiendo la vacuna FluMist por primera vez deben de recibir la dosis en dos partes dentro de un mes. A causa del potencial de una reacción alérgica, usted debe de permanecer en la area inmediata por motivos de observacion por los proximo veinte minutos despues de recibir la vacuna. Usted debe contestar las preguntas siguientes antes de recibir la vacuna.

MARQUE "SI" O "NO" POR CADA PREGUNTA:

1. Ha tenido una vacuna de neumonia anteriormente? En caso afirmativo, cuando?_____	☐ Si	☐ No	**6.** Tiene usted una hipersensibilidad a algun componente de la vacuna?	☐ Si	☐ No
2. Esta recibiendo quimioterapia, radioterapia, o terapia inmunosupresora o espera recibir estas terapias dentro de las proximas dos semanas?	☐ Si	☐ No	**7.** Tiene usted alergia a neomycin, timerosal, o la estreptomicina?	☐ Si	☐ No
3. Esta en embarazada o esta amamantando a un bebe?	☐ Si	☐ No	**8.** Tiene un historial de sensibilidad al latex?	☐ Si	☐ No
4. Ha tenido una reaccion adversa a otra vacuna? En caso afirmativo, cuando? _____	☐ Si	☐ No	**9.** Ha tenido Neumonia en el ultimo ano?	☐ Si	☐ No
5. Tiene usted un historial del sindrome de Guillian-Barre?	☐ Si	☐ No	**10.** Esta usted actualmente tomando anticoagulantes como coumadin o heparina?	☐ Si	☐ No
			11. Actualmente esta sufriendo de fiebre o enfermedad respiratoria o algun tipo de infeccion?	☐ Si	☐ No

Comuníquese con su medico y/o proveedor de cuidado de la salud antes de recibir esta vacuna si usted a marcado "Si" a cualquiera de las prequntas anteriores.

RENUNCIA Y LIBERACIÓN

Por este medio libero y para siempre de descarga y mantener indemne a Flu Busters y a sus directores, oficiales, empleados, agentes y cesionarios, cualquier sitio de venta al por menor, tienda de abarrotes, farmacia, corporacion, medico y/o director medico y sus respectivos directores, oficiales, empleados, agentes y cesionarios(en lo sucesivo como "Liberados")de cualquier y toda responsabilidad, reclamaciones, demandas, y las causas de acción de cualquier tipo de la naturaleza, ya sea en derecho o equidad, que en adelante puedan surgir del recibimiento de la vacuna. Entiendo y reconozco que este Consentimiento y Liberacion, libera los vertidos de cualquier responsabilidad o reclamo que pueda surgir al recibir la vacuna, con respecto a cualquier otra lesión corporal o otra lesion, incluyendo cualquier lesion mental, enfermedad, muerte, or danos de propiedad que pueda surgir. Entiendo que los Liberados no asumen ninguna responsabilidad o obligacion para proporcionar asistencia financiera o otra asistencia, incluyendo, pero no limitada a médicos, seguros de salud o los seguros de invalidez, en el evento de lesion, enfermedad, muerte o danos de propiedad, salvo que expresamente regirá e interpretará en conformidad con las leyes del estado de Georgia. Estoy de acuerdo en que en el caso de que cualquier cláusula o disposición de este comunicado se considera inválida por un tribunal de jurisdicción competente, la nulidad de dicha cláusula o disposición no afectará a las restantes disposiciones de este Consentimiento y la Liberación.

INFORMACION DE PAGO

Cualquier cheque devuelto o las transacciones con tarjeta de crédito negadas seran subjeto a la tasa maxima permitida. Medicare DEBE ser su proveedor principal para ser aceptado o sera negado y usted sera responsable por el costo de la vacuna.

IMPORTE EFECTIVO $. | **NUMERO DEL CHEQUE** | **CANTIDAD DEL CHEQUE** $. | Si el cheque es rechazado o devuelto por cualquier razón, por vía electrónica su cuenta sera cargada por el importe del cheque más una tasa de procesamiento de $30.

CANTIDAD DE TARJETA DE CREDITO $. | **TIPO DE TARJETA DE CREDITO** ☐ Visa ☐ MasterCard ☐ Discover | **FIRMA** _____

NUMERO DE TARJETA DE CREDITO | **FECHA DE VENCIMIENTO DE TARJETA DE CREDITO** / | **CODIGO DE SEGURIDAD**

La dirección de facturación DEBE ser igual a la mencionada. Si su direccion de facturacion es diferente, por favor escriba la direccion de facturacion en el reverso de este formulario.

LETRAS PREFIJO DE MEDICARE | **NUMERO DE MEDICARE** - - | **LETRAS SUFIJO DE MEDICARE** | NOTA: Su numero de Medicare puede tener letras prefijas y/o sufijas o ningunas. Por favor introducir informacion tal y como aparece en su tarjeta.

Su nombre en la parte superior de este formulario DEBE ser exactamente como aparece en la cuenta de su proveedor de Medicare y tal como aparece en su tarjeta de Medicare. Participantes de Medicare HMO necesitan pagar por los servicios. Doy fe de que Medicare Parte B es mi cobertura PRINCIPAL o sere cargado la vacunación, más el costo del servicio.

NÚMERO DE TICKET DE VALES

NURSE INFO ONLY
☐ Right Deltoid Nurse Initials _____ Mfr. _____
☐ Left Deltoid Nurse Initials _____ Lot # _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE HIPAA

He leído el consentimiento y la liberación de arriba y entiendo sus disposiciones y aplicacion. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna tal como se describe y solicito que la vacuna sea administrada a mi o a la persona nombrada arriba por quien yo soy el tutor legal. Mi historial medico puede ser compartido con mi medico y/o proveedor de aseguro. Entiendo que Flu Busters utilizara y divulgara la informacion personal de mi salud para tratar me, recibir pagos por el servicio dado a mi, y para otras operaciones de salud, lo cual generalmente incluye actividades para mejorar la calidad de la atencion. Reconozco que he recibido una copia de AVISO DE PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LAS PRÁCTICAS DE FLU BUSTERS. Yo por lo presente, libre y voluntariamente, sin coacción, ejecuto este Consentimiento y Liberacion en los terminos antes escrito.

Firma (o tutor legal) _____ **Fecha** _____

Nombre en letra de molde _____ **Firma de Enfermera** _____

BOTTOM COPY = Give to Flu Mist Recipient

TOP COPY = Return to Flu Busters