9848360941

FORMA DE CONSENTIMIENTO DE INMUNIZACION

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 DE LA GRIPE (FLU)

La vacuna antigripal no protege contra todos esfuerzos del virus de la gripe. La abilidad de la vacuna antigripal de proteger a la persona depende de la edad y estatus de salud de la persona recibiendo la vacuna, la similitud o "empareja" entre los esfuerzos de virus en la vacuna y en ésos en circulacion. La vacuna antigripal, la cual es hecha de los viros de la gripe muertos, NO LE pueden dar la gripe. Si usted pregunta si usted debe recibir la vacuna, usted debe de comunicarse con su medico personal. Un pequeno porcentaje de aquellos vacunados pueden experiencar efectos secundarios, como la dolencia alrededor del sitio de vacunación hasta dos días, el dolor de cabeza o fiebre de baja calidad. Inmediato, presumiblemente alérgica reacciones como las colmenas, angiodema, el asma o la anafilaxia alérgicas ocurren raramente después de vacunación de gripe. Estas reacciones probablemente son resultado de hipersensibilidad a algun componente de la vacuna-la mayoria de las reacciones son más probable relacionadas a la proteína residual del huevo. Los individuos con la ultrasensibilidad anafiláctica a huevos no deben ser dados una vacuna de la gripe. El Síndrome de Guillian-Barre (GBS) fue notado para ser una continuación rara de vacunación de gripe durante el 1976 programa de inmunización de gripe de "cerdo". La información no indica una subida clara de GBS en recipientes de la vacuna antigripal comparada a no-vacunados (relacionar Adicional de información a reacciones y efectos secundario adversos será proporcionado sobre la petición). Contacte por favor a su medico personal en caso de una reacción. **A causa del potencial para la reacción alérgica, usted es pedido quedarse en el area inmediata por motivos de observacion por los proximo veinte minutes despues de recibir la vacuna. Usted debe contestar las preguntas siguientes antes de recibir la vacuna. MARQUE "SI" O "NO" POR CADA PREGUNTA:**

1. Es usted alérgico a huevos de pollo, el mercurio o sensible a sulfitos (encontradós en el queso y vino)?	☐ Si	☐ No
2. Esta recibiendo quimioterapia, radioterapia, o terapia inmunosupresora o espera recibir estas terapias dentro de las proximas dos semanas?	☐ Si	☐ No
3. Jamás ha tenido usted una reacción severa a una vacuna de la gripe?	☐ Si	☐ No
4. Esta usted embarazada o amamantando a un bebe?	☐ Si	☐ No
5. Tiene usted un desorden severo de coagulación de sangre?	☐ Si	☐ No
6. Ha usted recibido cualquier otra vacuna dentro de los ultimos catorce dias?	☐ 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