9030435622 EL CONSENTIMIENTO DE LA INMUNIZACION Y LIBERACION

CPT 90663
HCPCS G9141

Care Dynamix Inc dba Flu Busters

Nombre **Inicial** **Apellido**

Numero y Direccion

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

Numero Telefonico **Fecha de Nacimiento** **Edad**

☐ **Hombre** ☐ **Mujer**

Nombre de Escuela (donde esta recibiendo la vacunacion)

VACUNA H1N1

La vacuna de la gripa H1N1 no protégé contra todos los esfuerzos del virus de la gripe. La abilidad de la vacuna de gripa proteger a una persona depende de la edad y estado de salud de la persona recibiendo la vacuna, y la similitude o "empareja" entre los esfuerzos de virus en la vacuna y en esos en circulacion. Si usted pregunta si usted debe recibir la vacuna antigripal, contacte por favor a su médico personal. Un pequeño porcentaje de esos vacunados puede experimentar efectos secundarios, como la dolencia alrededor del sitio de vacunación hasta dos días, dolor de cabeza o fiebre de baja calidad. Inmediato, presumiblemente alérgico, las reacciones como colmenas, angiodema, el asma o la anafilaxia alérgicas ocurren raramente después de vacunación de gripe. Estas reacciones probablemente resultan de la ultrasensibilidad a algún componente de la vacuna - la mayoría de las reacciones es más probable relacionada 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 Guillain-Barre (GBS) fue notado para ser una continuación rara de vacunación de gripe durante el 1976 programa de inmunización de gripe de "cerdo". Por favor contacte a su médico personal en caso de una reacción. A causa del potencial para la reacción alérgica, su niño será pedido quedarse en el área inmediata para propósitos de observación para los próximos 20 minutos después de recibir la vacuna.

POR FAVOR DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS. Por favor marque "SI" o "NO"

1. Es su niño alergico a los huevos?	☐ **SI**	☐ **NO**
2. A tenido su niño una reaccion alergica severa a una vacuna de gripe o a cualquier otro tipo de vacuna?	☐ **SI**	☐ **NO**
3. Jamás ha tenido su niño síndrome de Guillain-Barre (una enfermedad paralizadora)?	☐ **SI**	☐ **NO**
4. A recibido su niño un MMR y/o la Varicela y/o vacuna antigripal nasal en el pasado mes?	☐ **SI**	☐ **NO**
5. Existe la posibilidad de que su niña esta embarazada?	☐ **SI**	☐ **NO**
6. Tiene su niño cualquier condicion medica de larga duracion o un sistema inmunológico debilitado?	☐ **SI**	☐ **NO**
a. Si sí, escribe por favor la condicion medica (condiciones): _____		
7. Tiene su niño asma?	☐ **SI**	☐ **NO**
8. Toma su niño aspirina cada día?	☐ **SI**	☐ **NO**
9. Tiene su niño contacto cercano con una persona que necesita estar en un ambiente medico protegido (por ejemplo, alguien que ha tenido un transplante de medula osea?	☐ **SI**	☐ **NO**

Firmando esta forma abajo, yo comprendo esto, dependiendo de las respuestas a las preguntas arriba, mi niño recibirá o el inyectable o la vacuna antigripal nasal (vacunas) en su escuela. Doy mi permiso para mi niño cuyo nombre es listado encima de recibir la gripe H1N1 (gripe) vacunas.

RENUNCIA Y LIBERACIÓN

Yo por la presente suelto y para siempre descargo y mantener indemne a Flu Busters y de sus directores, los oficiales, los empleados, los agentes y asigno, 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 administrada a mi nino. Entiendo y reconozco que este Consentimiento y Liberacion, libera los vertidos de cualquier responsabilidad o reclamo que pueda surgir al recibir mi nino la vacuna de gripe con respecto a cualquier otra lesión corporal o otra lesion, incluyendo cualquier lesion mental, enfermedad, muerte, or danos de propiedad que pueda surgir. Comprendo que las Liberaciones no asumen responsabilidad ni la obligación de proporcionar ayuda financiera ni otra ayuda, incluyendo, pero no limitados a aseguros de médico, salud, ni seguro de incapacidad, en caso de herida, enfermedad, daño de muerte o propiedad, a menos que de otro modo expresamente gobernados por e interpretados de acuerdo con las leyes del Estado gobernal. Concuerdo que en caso de que ninguna cláusula ni la provisión de esta Liberación serán tenidas para ser inválido por ningún tribunal de jurisdicción competente, la invalidez de tal cláusula ni la provisión no afectará las provisiones restantes de este Consentimiento y la Liberación.

☐ **HE RECIBIDO, LEIDO Y COMPRENDO LA 2009-2010 DECLARACION ORIGINAL de INFORMACION de VACUNA H1N1. HE TENIDO LA OPORTUNIDAD de HACER PREGUNTAS Y DISCUTIR MIS PREOCUPACIONES CON UN PROFESIONAL de ASISTENCIA MEDICA. (verifica por favor caja si "sí" y debe ser verificado antes de recibir la vacuna).**

CONSENTIMIENTO INFORMADO E INFORMACION de INTIMIDAD de HIPAA

Yo he leido el Consentimiento y Liberacion que aparece arriba y comprendo sus provisiones y aplicabilidad. Yo comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna de gripe como ha sido descrita y la pido que la vacuna sea dada a mí o la persona nombrada arriba para quien soy el guardián legal. Mi historial médico puede ser compartido con mi médico y/o el asegurador. Comprendo que Flu Busters utilizará y revelará mi información personal de la salud para tratar me, para recibir el pago para el cuidado que me proporciona, y para otras operaciones de asistencia médica, que incluye generalmente actividades para mejorar la calidad de cuidado. Reconozco que he recibido una copia de Flu Busters' NOTIFICACION DE PRIVACIDAD Y PRACTICAS CONFIDENCIALES. Yo por lo presente, libre y voluntariamente, sin coacción, ejecuto este Consentimiento y Liberacion en los terminos antes escrito.

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.

NUMERO DE MEDICARE, MEDICAID O ASEGURO

NOTA: Su numero de Medicare, Medicaid o Aseguro puede contener letra/s de prefijo o sufijo o ninguna. Por favor entre la informacion como aparece en su tarjeta en el espacio proporcionadó. No INCLUYA las rayas.

Su nombre arriba de esta forma DEBE ser igual al que aparece con su proveedor y en su tarjeta. Yo afirmo que el proveedor es mi aseguraza PRIMARIA o voy a ser cargado por la vacuna mas un cargo de servicio.

NÚMERO DE TICKET DE VALES

NURSE INFO ONLY

Injectable Vaccine
Nurse Initials _____ Mfr. _____ Lot # _____
check one: ☐ Right Deltoid ☐ Left Deltoid

Nasal Spray
Nurse Initials _____ Mfr. _____ Lot # _____

Firma (o Tutor Legal) _____ **Fecha** _____

Nombre en letra de molde _____ **Nurse's Signature** _____