

**Complete lo siguiente para la persona que está siendo vacunada:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ Mes/ \_\_\_\_ Día/ \_\_\_\_ Año Edad de Hoy : \_\_\_\_ Sexo:  F  M  Otro  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Cuidad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de 18 años, escriba el nombre completo de Padre / Guardián: \_\_\_\_\_

**Clasificación de la cobertura médica (Marque sólo una casilla) \* ¡Se requiere número de seguro/Medicaid si está asegurado!**

Seguro Médico Privado Nombre de la compañía de seguro Médico: \_\_\_\_\_  
 Número de identificación de seguro Médico: \_\_\_\_\_ Nombre de Grupo (si se aplica): \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Persona Primaria: \_\_\_\_\_ Relación del asegurado con la paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento de la Persona Primaria: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

\*Si esta sección no está completa, se le puede facturar el costo total de la vacuna y la tarifa de administración.

Medicaid / NV Check Up #: \_\_\_\_\_  No tiene seguro Médico (\*Si es posible, incluya el pago de \$20)

**Preguntas para la persona que recibe las vacuna(s) hoy:**

1. ¿Está enfermo (a)? Si contesto sí, ¿cuáles son sus síntomas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Ha sido vacunado (a) contra la influenza (gripe) en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿Tiene alguna alergia? Si contesto sí, liste sus alergias:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
4. ¿Ha tenido alguna reacción seria con alguna vacuna en el pasado? Si contesto sí, por favor explique:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
5. ¿Ha tenido el síndrome de Guillain-Barre en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO

**LEA Y FIRME:**

- He recibido y entiendo la (s) declaración (es) de información de la vacuna y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la (s) inmunización (s) que se me administrarán a mí o a la persona mencionada anteriormente, para la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud.
- Acepto permitir que mi información de vacunación o la de la persona nombrada anteriormente, para la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud, sean almacenados y accedidos por usuarios autorizados en el sistema informático "Nevada's WebIZ" a menos que yo indique lo contrario.
- En caso de lesión por pinchazo de aguja o exposición a sangre o fluidos corporales, también acepto que mi sangre se analice para detectar bacterias o virus transmitidos por la sangre que pueden provocar una enfermedad, o la persona mencionada anteriormente, para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.

Al firmar este documento, declaro que la información anterior es verdadera y precisa a mi entender. Autorizo a Carson City Health and Human Services (CCHHS) a cobrar a mi compañía de seguro por los servicios recibidos por mí o por mis dependientes. Autorizo que el reembolso del seguro se pague directamente a CCHHS. Soy responsable de cualquier saldo pendiente en mi cuenta o cuenta (s) de mi (s) dependiente (s). Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar reclamaciones de seguros y acepto permitir que mis registros médicos se compartan dentro de los programas de CCHHS.

Para ver el Aviso Sobre Practicas de Privacidad, escanee el código QR o visite nuestro sitio web:

<https://www.gethealthycarsoncity.org/CommunityFlu>



Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Se requiere la firma de los padres/guardián para menores de 18 años

**Se requiere que CCHHS haga las siguientes preguntas de acuerdo con la ley federal y/o estatal: NRS.449.104 efectivo Enero 1, 2020**

Raza (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Elige no identificarse <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Otro	
Etnicidad (Marque una casilla) <input type="checkbox"/> Elige no identificarse <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	Sexo al Nacimiento (Marque una casilla) <input type="checkbox"/> Elige no indentificarse <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro
Identidad de Género (Marque una casilla) <input type="checkbox"/> Elige no identificarse <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Genderqueer <input type="checkbox"/> Mujer a hombre/Hombre transgénero/Hombre trans <input type="checkbox"/> Hombre a mujer/Mujer transgénero/Mujer trans <input type="checkbox"/> Categoría de genero adicional u otra, por favor describa: _____	Pronombre Personales (Marque una casilla) <input type="checkbox"/> Elige no indentificarse <input type="checkbox"/> Ella/ellas <input type="checkbox"/> El/ellos <input type="checkbox"/> Elle/Eilx <input type="checkbox"/> Categoría adicional u otra, por favor describa: _____

Orientación Sexual (Marque una casilla)  Elige no identificarse  
 Heterosexual  Bisexual  Gay, Lesbiana, o homosexual  Otro  No lo sé

**USO EXCLUSIVO DE LA CLINICA – NO MARQUE DESPUES DE ESTA LINEA**

Administered by: \_\_\_\_\_ Credential: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RD  LD  OTHER   
 Amount \$: \_\_\_\_\_ Received by: \_\_\_\_\_ Cash  Check  Check #: \_\_\_\_\_  
 \$ Reconciliation by and Date: \_\_\_\_\_ Scan by and Date: \_\_\_\_\_ Charted by and Date: \_\_\_\_\_