



Spanish Version
Consentimiento de recibir vacuna contra la gripe
PUBLIC HEALTH ADULT ONLY INFLUENZA VACCINE
2023-24 Immunization Screening and Consent

Revised 8/9/2023

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ años Círcule → Masculino o Femenino

Teléfono: _____ Otro teléfono: _____

Estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Clientes de Medicare B: Estoy de acuerdo que mi seguro sea facturado. Un pago de Medicare B se considera pago por la totalidad.
2. Clientes de Wellmark BCBS: Estoy de acuerdo que mi seguro sea facturado. Si mi compañía de seguros no paga por el total, certifico que yo pagaré la diferencia.
3. **No podemos facturar las HMO de Medicare o las HMO de Medicaid. (Las HMO son un seguro de salud que le otorga un cuidado administrado.) Ni podemos facturar seguro privado que no es BlueCross BlueShield (BCBS).** Usted necesita pagar el costo de pago privado y trabajar con su compañía de seguros para recibir reembolso.
4. He leído o visto una copia de la hoja de información sobre la vacuna que tiene la fecha 8.15.19 o se me ha explicado la información.
5. Entiendo los riesgos de la vacuna y he pedido que la vacuna sea dada a mi persona.
6. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica en caso de algún problema con esta vacuna.
7. No tengo una alergia severa a huevos.
8. No tengo fiebre y no estoy moderadamente/severamente enfermo/a en este momento.
9. Nunca he tenido el síndrome de Guillain-Barre.

Firma _____ Fecha _____

*Medicare # _____ Medicare Parte B? Círcule → Sí o No
Necesita tener Parte B para que Medicare pague por la vacuna.

Es el plan de Medicare una HMO? Si es así, no podemos facturar las HMO. Usted recibirá un recibo para dar a la HMO.

Grapar una copia de la tarjeta de Wellmark o dar el # de miembro de BCBS: _____

Grupo # _____ BCBS Nombre de persona asegurada _____

Fecha de nacimiento del miembro de Wellmark _____

Vacuna regular (18-64) o Dosis alto (65 y mayor) or Flublok (50-64 años)

**Pago privado \$ _____ (círcule→) Efectivo o Cheque# _____ Recibo dado por _____
(iniciales)**

O mande una factura a: _____



Spanish Version
Consentimiento de recibir vacuna contra la gripe
PUBLIC HEALTH ADULT ONLY INFLUENZA VACCINE
2023-24 Immunization Screening and Consent

Revised 8/9/2023

Dé/Repase la de la hoja de información sobre la vacuna que tiene la fecha 8.15.19 o más adelante con cada dosis.

Give/review influenza VIS (Vaccine Information Statement) dated 8/15/19 or later with each dose.

Para los adultos de 19 años o mayor

Entered into IRIS initials:

Date:

Fecha de vacuna	Marca y Lote #	Dosis, Ruta y Sitio <i>(círcule)</i>	Vaccinator Signature Firma de la persona que da la vacuna
		0.5 ml IM L deltoid R deltoid	

Entered into IRIS initials _____ date _____