Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_\_\_ Zona postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años Círcule → Masculino o Femenino

Teléphono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Agricultura Worker → Sí o No**

**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 Medicaide. (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 pedid que la vacuna sea dada a mi persona.
6. Acepto la responsabilidad de buscar atención medica en caso de algún problema con esta vacuna.
7. No tengo una alergia severa a huevos.
8. No tengo fiebre y no estoy moderamente/severamente enfermo/a en este momento.
9. Nunca he tenido el syndrome de Guillain-Barre.

**Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*Medicare # \_\_**  **Medicare Parte B? Círcule → Sí o No**

*Necesita tener Parte B para que Medocare 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 (19-64) o Dosis alto (65 y mayor)***

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

***O mande una factura a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VFA Eligible: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ - include copy of insurance card***

**Vaccines for Adults Program (VFA) provides vaccines to adults 19 years of age and older who qualify. Eligible adults are those who are:**

**• Uninsured – Does not have insurance**

**• Underinsured – Vaccines are not covered by insurance, cover only selected, caps prevention services, or does not provide first-dollar coverage for vaccines**

**For those who are underinsured, please bring your insurance card.**

***FOR OFFICE USE BELOW\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* Please review or give current VIS sheet to patient.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Immunization Date** | **Brand & Lot#**  **Or use sticker** | **Dosage, Route, & Site** | | **Vaccinator Signature** | **IRIS entry date and initials** |
|  |  | 0.5 ml IM  Deltoid  L or R | 0.2 ml IN |  |  |