

Spanish Version

Consentimiento de recibir vacuna contra la gripe



Influenza Vaccine ADULT Consent Form

2026-2027 Screening and Consent

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

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

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

Teléfono: _____ 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 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.

Grabar 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 alta (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		