



## DISTRITO DE SALUD BENTON-FRANKLIN

### Vacuna de Gripe 2020-2021

Account # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Me han dado una copia de la hoja de información “Lo que necesito saber de la Vacuna contra la Influenza (Gripe)” he leído o me han explicado la información en esta hoja acerca de la influenza y de la vacuna contra la influenza. . Mi firma abajo reconoce que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la influenza.

<i>Información acerca de la Persona que Recibe la Vacuna (letra de molde por favor)</i>			
Apellido	Primero Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Group Health <input type="checkbox"/> Premera <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> UEBT <input type="checkbox"/> UHC		Edad	Numero de Seguro Social:
ID & Group #:		Numero de Teléfono	
Dirección		Código	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Ciudad	Estado		
<b>Consentimiento para la vacuna de la gripe:</b> Mi firma en el espacio abajo autoriza librar mi información médica y otra información necesaria para procesar este reclamo, y solicito que los pagos de beneficios de gobierno sean pagados al Distrito de Salud Benton Franklin. Además reconozco haber recibido la <b>Noticia de Practicas de Privacidad</b>			
X _____		_____	_____
Firma del Paciente o Tutor		Nombre de tutor en letra de molde	Fecha

<i>Clinical &amp; Billing Use</i>				
	<b>Service</b>	<b>Charges</b>	<b>Total Payments</b>	<b>Encounter #</b>
	Health Screening	\$	\$	
	1 <sup>st</sup> Adult Vaccine Admin			
	Add'l Vaccine Admin			
	Medicare Flu Admin			
	Medicare Pneu Admin	Manual Receipt #	Payment Method <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Credit Card <input type="checkbox"/> Check #	
	Medicare Hep B Admin			
	<b>Service</b>	<b>Site</b>	<b>Vaccine Manufacturer</b>	<b>Lot &amp; Expiration</b>
	# 131 BFHD Flu High Dose	LD RD		
	# 224 BFHD Flublok – egg free	LD RD		
	# 198 BFHD Flu Mist	LD RD		
	# 154 BFHD Varicella	LD RD		
	# 132 BFHD Pneumococcal	LD RD		
	# 125 BFHD Tdap	LD RD		
	# 241 BFHD Heplisav-B	LD RD		
	#134 BFHD Hep A	LD RD		
	#194 BFHD Twinrix	LD RD		
	#110 BFHD MMR	LD RD		
<b>X</b> _____				
	Signature and Title of Vaccine Administrator	Provider #	Date of Vaccination	