

Immunization Encounter Form

Nombre del paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___ **Edad:** _____

Domicilio: _____ **#:** _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

No. Telefónico: (_____) _____ - _____ **Email:** _____ **Género:** Masc Fem

Raza (Marque uno): Afroamericano, Asiático o de las islas del Pacífico, Blanco, Nativo de Alaska, Nativo Americano, Otro **Etnicidad:** Hispano Sí No

Utah Medicaid? Sí No **Medicare?** Sí No **Social Security #:** _____ - _____ - _____

¿Tiene seguro médico? Sí No **Tipo:** _____ **ID #:** _____ **# de Grupo:** _____

Nombre del Titular de Póliza: _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___ **Relación:** _____

No. Telefónico: (_____) _____ - _____ **Domicilio:** _____

Favor de contestar las siguientes preguntas con respecto a la persona que recibirá las vacunas	Si	No
¿Está enfermo(a) y/o ha tenido fiebre en las últimas 24 horas?		
¿Tiene alguna enfermedad crónica?		
¿ Si es menor de 5 años, ¿tiene sibilancias recurrentes?		
¿Tiene alergias a medicamentos, comida, latex o a alguna vacuna?		
¿ Ha tenido alguna reacción seria a alguna vacuna en el pasado?		
¿Ha sufrido de convulsiones, el síndrome de Guillain-Barre u otros problemas del sistema cerebral o nervioso?		
¿Actualmente tiene o vive con alguien que tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA u otros problemas del sistema inmunológico?		
¿En los últimos 3 meses, ha tomado medicamentos que debilitan su sistema inmunológico tales como cortisona, prednisona, otros esteroides, drogas contra el cáncer o ha recibido tratamientos de radiación?		
¿Es un niño o adolescente recibiendo terapia de aspirina?		
¿Ha recibido transfusión de sangre o productos de sangre, o ha sido dado inmunoglobina (gamma) en el último año?		
Si es mujer, ¿está embarazada o en riesgo de quedar embarazada dentro del siguiente mes?		
¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?		
¿Ha tenido en el pasado varicela/lechina?		

Se me ha dado una copia y he leído o se me ha explicado la información contenida en la **Declaración de Información de Vacuna(s)** sobre la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s). Cualquier pregunta que tuve fue contestada a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) indicada(s) sea(n) dada(s) a mí o a la persona a la que estoy autorizado(a) para hacer esta solicitud. Certifico que he recibido una copia o se me ha dado la oportunidad de leer el **Aviso de Prácticas de Privacidad**. Estoy de acuerdo en que las vacunas pueden ser compartidas con escuelas, centros de día/guarderías, proveedores de salud y otros para verificar el estado de inmunización, para estudios de salud pública, o cuando sea médicamente necesario. Yo libero al gobierno del condado de Utah y sus empleados de todas las reclamaciones derivadas de este tipo de vacunas.

JURISDICCIÓN y COMPETENCIA Los términos y condiciones contenidos en este acuerdo se regirán por las leyes del estado de Utah y se entenderán e interpretarán de acuerdo con esas leyes. Cualquier acción o procedimiento de cualquiera de las partes que se basa en o se deriva de, o de cualquier manera relacionados con este acuerdo se llevarán ante un tribunal de jurisdicción competente en el estado de Utah. Las partes consienten a su jurisdicción personal de dichos tribunales.

Entiendo que mi cobertura de seguro de salud podría tener ciertas restricciones y limitaciones. Estoy de acuerdo en pagar la cantidad completa de cualquier y todos los cargos relacionados, si no están cubiertos por mi seguro por cualquier motivo. Si no llego a pagar por estos servicios y cargos dentro de los 90 días de recibir el aviso de que los cargos no están cubiertos por alguna razón, mi cuenta será entregada a una agencia de cobros. Yo estoy de acuerdo expresamente con pagar todos los costos de gastos de cobranza, incluyendo una colección adicional de 18%. También estoy de acuerdo en pagar todos los costos judiciales y honorarios de abogados de una acción legal si fuese necesaria.

Debido al alto costo de proporcionar servicios de facturación de seguros, entiendo que la cantidad facturada a mi compañía de seguros es más alta que el monto descontado que habría pagado si hubiera optado por pagar en el momento del servicio. Entiendo que se me cobrará el costo total de las vacunas si no pago hoy y mi compañía de seguros no cubre los costos por cualquier motivo. Por la presente solicito y autorizo al Departamento de Salud del Condado de Utah para presentar reclamaciones a Medicaid, Medicare, y / o a seguros contratados con UCHD. Entiendo que si tengo un seguro que cubre las vacunas, no soy elegible para el programa de Vacuna para Niños.

SI RECIBO VACUNAS CONTRA LA FIEBRE AMARILLA, LA TIFOIDEA, LA ENCEFALITIS JAPONESA o LA RABIA, UNA EVALUACIÓN DE RECIÉN NACIDO o UNA PRUEBA DE TUBERCULOSIS yo reconozco que he elegido ser visto como un **PACIENTE QUE PAGA POR CUENTA PROPIA** y que el Departamento de Salud del Condado de Utah **NO** facturará mi seguro por las vacunas o servicios mencionados. Si opto por solicitar el reembolso de mi seguro, el Departamento de Salud del Condado de Utah no es responsable de cualquier cantidad que mi compañía de seguros no compense. Yo estoy de acuerdo de asumir toda la responsabilidad financiera y de pagar al Departamento de Salud del Condado de Utah el importe total a pagar en el momento del servicio.

Firma del Paciente o Persona Responsable: _____ **Fecha:** ___/___/___

Nombre Escrito: _____ **Relación al Paciente:** _____

Date printed on Vaccine Information Sheet: MULTI VACCINES 4/01/20; CHOLERA 10/30/19; DTAP/DT 4/01/20; HEP A 7/20/16; HEP B 8/15/19; HIB 10/30/19; HPV9 10/30/19; IG 5/1/94; INFLUENZA 8/15/19; JE 8/15/19; MENACWY 8/15/19; MEN B 8/15/19; MMR 8/15/19; MMRV 8/15/19; PPSV23 10/30/19; PCV13 10/30/19; POLIO 10/30/19; PPD 4/25/05; RABIES 1/8/20; ROTAVIRUS 10/30/19; SHINGLES 10/30/19; TD or TDAP 4/01/20; TYPHOID 10/30/19; VARICELLA 8/15/19; YELLOW FEVER 4/01/20

Vaccine	Category	Site	Lot #	Dose	Price	Date of Service: ___/___/___
DTAP/IPV 4-6				0.5		NOTES:
HEP A/HEP B				1.0		
MENINGITIS 2-55				0.5		INSURANCE
MMR/VARICELLA 1+				0.5		
TDAP 7+				0.5		VFC Eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
VARICELLA 1+				0.5		Payment Information
FLU				0.5		
						<input type="checkbox"/> Check# _____ <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Voucher
						<input type="checkbox"/> C/C App# _____
					Amount Paid	Operator ID
Total Costs for Today's Vaccines/Insurance Provider/ Contract						
Nurse One ID#:		Nurse Two ID#:		<input type="checkbox"/> Live Vaccine		<input type="checkbox"/> Wait 15 min