



Le Sueur County Public Health 2022 - 2023 Vacuna Contra la Influenza

Apellido:

Primer Nombre

Segundo Nombre

Direccion:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal

Correo Electronico:

Numero de telefono:

Fecha de Nacimiento

Información de pago: Los clientes de MEDICARE deben completar la parte posterior de esta pagina.

Seguro (circule uno):

Medicare Blue Plus Preferred One
Humana MA Health Partners
Medica UCare BC/BS
Cigna Aetna

**No aceptamos: Assurant, Unicare o
United Health Insurance**

Número de identificación del seguro:

Primario: _____
Secundario: _____

Numero de Grupo:

Primario: _____
Secundario: _____

Efectivo/Cheque Vale MnVFC Eligible

Historia de salud:

Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estas enfermo hoy? (fiebre de 100.5 o más el día de la clínica)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré en las 6 semanas posteriores a la vacunación contra la I influenza?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eres alergico a los huevos? Tienes urticarial cuando comes huevo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene una alergia potencialmente mortal a algo, como antibióticos o gelatina? Por favor explique _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguna vez ha tenido una reacción a una dosis de la vacuna contra la gripe que requirió atención médica inmediata?

Acuerdo: He leído o me han explicado la Declaración de información sobre vacunas (6/8/2021) "Vacuna contra la influenza: lo que necesita saber". Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente y comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna como se describe. Solicito que se me administre la vacuna contra la influenza o la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. TENGA EN CUENTA QUE EN CASO DE NO PAGO / PAGO PARCIAL A SALUD PÚBLICA DEL CONDADO DE LE SUEUR POR SU SEGURO, USTED SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO Y RECIBIRÁ DICHA DECLARACIÓN / FACTURA.

Firma del Paciente o Guardian Legal: _____	Fecha _____
---	--------------------

CLINIC STAFF TO COMPLETE BELOW THIS LINE

Clinic Site: Office Community Clinic Homecare Client School _____ Business/Other _____							
Vaccine	Date Administered	Route	Injection Site	Dose	Vaccine Manufacturer	Lot Number: Expiration Date: 06/30/2023	Nurse Initials
Influenza		IM		0.5 ml	Sanofi	UT7680MA UT7689NA	

PARA PERSONAS CON MEDICARE ** SOLAMENTE ** CONTINUAR CON ESTA SECCION

Las regulaciones de Medicare requieren que esta agencia pregunte a cada persona sobre otros seguros que pagarían los servicios. Medicare pagará los servicios solo cuando se haya determinado que no existe otra fuente de pago. Para cumplir con esta regulación, Medicare requiere que responda las siguientes preguntas:

Apellido:

Primer Nombre

Segundo Nombre

1. Trabaja usted tiempo completo o medio tiempo? _____ Si _____ No
2. Esta casado? su pareja trabaja tiempo completo o medio tiempo? _____ Si _____ No
3. ¿Está cubierto por un plan de salud grupal del empleador basado en su empleo actual o el empleo de su cónyuge? _____ Si _____ No
4. Si es **SI** por favor llene lo siguiente y si es **NO** pase a la pregunta numero 5

Nombre del Asegurado _____

Relacion con el beneficiario de MEDICARE _____

Nombre y Direccion del Seguro _____

de Identificacion del Grupo _____ # de Identificacion de la Poliza _____

5. ¿Tiene derecho a los beneficios medicos del Black Lung (Pulmon Negro) _____ Si _____ No
6. ¿Es este tratamiento de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo? _____ Si _____ No
7. Si es **SI**, por favor llene lo siguiente y si es **NO** pase a la pregunta numero 8.

Nombre / dirección de la agencia de compensación laboral _____

Nombre /Direccion del Empleador _____

8. ¿Es este servicio para el tratamiento de una enfermedad o lesión que resultó de un accidente automovilístico o sin culpa? _____ Si _____ No

9. Si contesto **SI** favor de llenar lo siguiente:

Nombre/Direccion del asegurado _____

Numero de Poliza del asegurado _____

Firma del Cliente de MEDICARE

Fecha