

UMDHU Respiratory Influenza Family Administration Form

UMDHU respiratorio gripe familia administración forma

Parent's Name: Los nombres de los padres

Please Print Imprimir por favor

Mother's: Madre

Father's: Padre

Address: Dirección: (Street or PO Box): Calle/P.O. Box

City: Ciudad

State: Estado

Zip Code: Postal #

Primary Phone: Teléfono Primario

Primary Policy Holder Information: Información de titular principal de la póliza de seguros

Last Name: Apellido      First Name: Primer Nombre      Middle Name: Media Nombre (si aplicable)

Date of Birth: Fecha de nacimiento      Gender: Male Female      Sexo: Hombre Mujer

Policy Holder Relationship to the Client: Relación de titular principal de la póliza de seguros al cliente:

Insurance Company Name: La compañía de seguros se llama:      Telephone #: Teléfono #

Address: Dirección      City: Ciudad      State: Estado      Zip Code: Postal #

Policy #: Póliza #      Group #: Grupo # (si aplicable)

Client #1: Cliente #1 Nombre

First: Primero:      Media: (Si aplicable)

Last: Apellido

Date of Birth: Fecha de Nacimiento      Age: Edad

Gender: Sexo      Male: Masculino      Female: Femenino

Ethnicity: Etnia      Hispanic: Hispanico      o Latino

No Hispanico o Latino ignoto

Birth State: Estado del Nacimiento

Race: Raza

These questions are used to determine if children 18 years of age or younger qualify for the federally funded immunization program titled Vaccine for Children (VFC)

Estas preguntas se utilizan para determinar si los niños menores de 18 años de edad califican para el programa de inmunización federalmente financiados titulado vacunas para niños (VFC)

1. Does your child have private health insurance?
2. Does your private health insurance cover immunizations?
3. Is your child covered by Healthy Steps?
4. Is your child Native America or Alaskan Native?
5. Is your child covered by the Caring for Children Program?
6. Is your child enrolled in Medicaid?

1. ¿Su hijo tiene seguro médico privado?
2. ¿Hace sus vacunas de cobertura de seguro médico privado?
3. ¿Es su hijo cubierto por pasos sanos <Healthy Steps>?
4. ¿Es su hijo nativo de América o nativo de Alaska?
5. ¿Es su hijo cubierto por la atención para niños programa <Caring for Children>?
6. ¿Es su hijo inscrito en Medicaid?

Is Medicaid: Es Medicaid: Seguro primario o Seguro secundario

Medicaid Number: Medicaid #

I hereby authorize UMDHU to release any information concerning my visit here to process any third party claim. I give my permission for UMDHU to administer my flu vaccination. I have received the Vaccine Information Sheet and have been given the chance to ask questions and have any questions answered. I acknowledge receipt of UMSHU's "Notice of Privacy Practices."

Autorizo a Upper Missouri District Health Unit para liberar cualquier información relativa a mi visita aquí para procesar cualquier reclamación de terceros. Doy mi permiso para UMDHU administrar mi vacuna contra la gripe. Han recibido la declaración (informe sobre la vacuna) de información de la vacuna y se ha dado la oportunidad de hacer preguntas y han respondido a las preguntas. Acuso recibo de "Aviso de prácticas de privacidad" de Upper Missouri District Health Unit.

Firma del Paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente)

Fecha

Más