



CONSENTIMIENTO DE VACUNAS Unidad de Salud del Distrito Superior de Missouri

Las declaraciones de información sobre vacunas se pueden ver en www.immunize.org/tornillo

Sirviendo a los condados de Divide, McKenzie, Mountrail y Williams

POR FAVOR IMPRIMA

Nombre:		Segundo nombre:		Apellido:		Fecha de nacimiento:		Edad:		Género: (círculo) Hombre Femenino	
Dirección postal:				Apartamento:		Raza: (por favor, marque <u>todo lo que corresponda</u>) ☐ Blanco pero no hispano o latino ☐ Blancos e hispanos o latinos ☐ Indio americano / nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico ☐ Otra raza ☐ Desconocido				Estado de nacimiento: o País de nacimiento:	
Ciudad:											
Estado:		Código postal:		Condado:							
Correo electrónico:											
Teléfono residencial #				Teléfono celular #				Trabajo #			

Por favor, verifique:

- ☐ _____ Medicaid [NÚMERO REQUERIDO] - Medicaid se facturará si se proporciona el número de Medicaid
- ☐ Pago por cuenta propia (seguro no presentado a través de UMDHU) Adultos / Niños - Costo de la tarifa de administración más el costo de la vacuna
- ☐ Sin seguro: Adultos - Costo de la tarifa de administración más el costo de la vacuna
- ☐ Sin seguro - 18 años y menores - **\$ 20.99 POR CADA VACUNA** (efectivo exacto o cheque, pagadero a UMDHU)
- ☐ Sin seguro -317 Vacuna - Adultos - **\$ 20.99 Adm Fee POR CADA VACUNA** (efectivo exacto o cheque, pagadero a UMDHU)
- ☐ Asegurado – Llame a su compañía de seguros para determinar si las vacunas están cubiertas cuando son proporcionadas por la Unidad de Salud del Distrito Superior de Missouri. Si es así, complete la información del seguro. ***NO ENVÍE DINERO.** Se le facturará por cualquier responsabilidad] del paciente. Llame a su oficina local de UMDHU para más preguntas u opciones de pago.

Seguro primario o Medicare #	Nombre del titular de la póliza (primer MI último):		Relación del titular de la póliza con el cliente:		Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	
	Nombre de la compañía de seguros:		Grupo # si corresponde:		Género del titular de la póliza: Hombre Femenino	
	ID de miembro del titular de la póliza #:		ID de miembro del cliente # si es diferente:			
Seguro secundario o complementario	Nombre del titular de la póliza (primer MI último):		Relación del titular de la póliza con el cliente		Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	
	Nombre de la compañía de seguros:		El grupo # es aplicable:		Género del titular de la póliza: Hombre Femenino	
	ID de miembro del titular de la póliza #:		ID de miembro del cliente # si es diferente:			
	Nombre de pago de la empresa:		Dirección postal de la empresa:			

RECONOCIMIENTO, AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Doy mi consentimiento para la administración de la(s) vacuna(s) que se administrará. Se ha proporcionado una copia de la Declaración de información sobre la vacuna. He leído la información sobre la vacuna. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna. La información recopilada en este formulario se utilizará para documentar la recepción de la vacuna y doy mi consentimiento para el intercambio de esta información con el Sistema de Información de Inmunización ND.

Acepto pagar y soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por terceros pagadores. Asigno y autorizo a cualquier tercero pagador/asegurador a realizar un pago directo a la Unidad de Salud del Distrito Superior de Missouri (UMDHU). Autorizo la divulgación de la información necesaria para procesar este reclamo. El Aviso

FIRMA DEL CLIENTE o persona autorizada para firmar en nombre del cliente

FECHA

Por favor, responda preguntas de salud en la parte posterior de esta hoja.

COVID

¿El cliente usa tabaco o cigarrillos electrónicos? ☐ Sí ☐ No ¿El cliente ha estado expuesto a algún humo de segunda mano? ☐ Sí ☐ No

	Vaccine(s) To Be Given	CVX	CPT	Route	Lot Number	Admin Site
P /State	Influenza PF (6 mos & up) Fluarix	140	90656	IM		LA RA LT RT
P/STATE	INFLUENZA (6 MOS & UP) FLUZONE	140	90656	IM		LA RA LT RT
P/STATE	INFLUENZA (3 YRS +) SEQIRUS	140	90656	IM		LA RA LT RT
P/STATE	INFLUENZA (6-35 MOS.) SEQIRUS	141	90657	IM		LA RA LT RT
P/STATE	INFLUENZA (3 YRS +) MULTI DOSE SEQIRUS	141	90658	IM		LA RA LT RT
P / State	Influenza (6 mos & up) Flucelvax single dose	153	90661	IM		LA RA LT RT
P / State	Influenza (6 mos & up) Flucelvax multi-dose vial	320	90661	IM		LA RA LT RT
PRIVATE	Influenza- High Dose (65yrs+) Fluzone	135	90622	IM		LA RA LT RT
P / State	Rotavirus Rotarix-2 Dose	119	90681	Oral		Oral
P / State	Act Hib Haemophilus influenzae type b	48	90648	IM		LA RA LT RT
P / State	Chickenpox Varicella	21	90716	SQ		LA RA LT RT
P / State	Covid Moderna (6mos-11ys) Moderna	311	91321	IM		LA RA LT RT
P / State	Covid Moderna (12 yrs. & up) Moderna	312	91322	IM		LA RA LT RT
P / State	Covid Pfizer (6 mos. to 4 yrs.) Pfizer	308	91318	IM		LA RA LT RT
P / State	Covid Pfizer (5 yrs. to 11yrs) Pfizer	310	91319	IM		LA RA LT RT
P / State	Covid Pfizer (12 yrs. & up) Pfizer	309	91320	IM		LA RA LT RT
P / State	Novavax Novavax	313	91304	IM		LA RA LT RT
P / State	DTaP Diphtheria-Tetanus-Pertussis	20	90700	IM		LA RA LT RT
P /State	DTaP/IPV Kinrix	130	90696	IM		LA RA LT RT
P / State	DTap/IPV/HBV Pediarix	110	90723	IM		LA RA LT RT
P / State	DTap/IPV/HBV/Hib Vaxelis	146	90697	IM		LA RA LT RT
P / State	Hepatitis A Pediatric 12 mos. -18 yrs.	83	90633	IM		LA RA LT RT
P / State	Hepatitis A Adult 19 yrs. & up	52	90632	IM		LA RA LT RT
P / State	Hepatitis B Pediatric Birth – 19 yrs.	08	90744	IM		LA RA LT RT
P / State	Hepatitis B Adult 20 yrs. & up	43	90746	IM		LA RA LT RT
P / State	HPV9 Gardasil	165	90651	IM		LA RA LT RT
P / State	IPV Polio	10	90713	IM		LA RA LT RT
P / State	MCV-4 Menveo	136	90734	IM		LA RA LT RT
P / State	Men B Bexsero	163	90620	IM		LA RA LT RT
P / State	Monkey Pox JYNNEOS	206	90611	IM		LA RA LT RT
P / State	MMR Measles-Mumps-Rubella	03	90707	SQ		LA RA LT RT
P / State	MMRV MMR-Varicella	94	90710	SQ		LA RA LT RT
P / State	PCV20 Prevnar	216	90677	IM		LA RA LT RT
P / State	PPSV23 Pneumovax	33	90732	IM		LA RA LT RT
P / State	RSV Adult Arexvy	303	90679	IM		LA RA LT RT
P /State	Tdap	115	90715	IM		LA RA LT RT
PRIVATE	Zoster Shingrix - Shingles	187	90750	IM		LA RA LT RT
P /State	RSV Infant Niresvimab	307	90381	IM		LA RA LT RT
PRIVATE	RSV (Pregnancy 32-36 weeks) Sept.-Jan Abrysvo	305	90678	IM		LA RA LT RT
PRIVATE	Yellow Fever	37	90717	SQ		LA RA LT RT
PRIVATE	Japanese Encephalitis	134	90738	IM		LA RA LT RT
PRIVATE	Typhoid	101	90691	IM		LA RA LT RT
PRIVATE	Rabies	175	90675	IM		LA RA LT RT
Vaccine Administrator:			Date Given: REVISED 09/24			