

Tarjeta de Firmas de Inmunización

Client #: _____ Encounter #: _____

Hombre Mujer

 Apellido Primer nombre Inicial de segundo nombre Fecha de nacimiento

Nombre de padre o guardián legal (para los menores de edad) _____ Fecha de nacimiento de padres o guardián () _____

Dirección de correo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de Teléfono _____

Las siguientes preguntas se refieren a la persona que recibe las vacunas:

- | | Si | No |
|---|--------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Está usted enfermo o tiene fiebre o diarrea hoy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?: <input type="checkbox"/> medicamentos <input type="checkbox"/> vacunas <input type="checkbox"/> huevos <input type="checkbox"/> látex | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Usted tiene convulsiones o problemas cerebrales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Usted tiene una enfermedad crónica que está siendo tratado por un médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Usted o alguna persona que vive con usted tiene cualquiera de los siguientes?:
<input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Cualquier otro problema del sistema inmune | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿Usted o alguna persona que vive con usted ha tomado los siguientes tratamientos en los últimos tres meses?:
<input type="checkbox"/> Esteroides <input type="checkbox"/> Medicamentos contra el cáncer <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> No |
| 8. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o plasma o ha recibido la globulina inmune en el último año? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Está embarazada o piensa quedar embarazada en los próximos tres meses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Eres Indio Americano o Nativo de Alaska? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Tienes seguro médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es no, por favor inicial: _____ | | |
| 12. Si es así, por favor marque el tipo de seguro que tenga.
<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro Médico privado | | |

Nombre de Compañía: _____ **Numero de póliza:** _____ **Numero de grupo:** _____
Nombre de el tenedor de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Por favor, presente su tarjeta de Medicaid, Medicare o seguro privado a la recepcionista

Ponga sus iniciales en las declaraciones de abajo:

_____ Entiendo los beneficios, riesgos o complicaciones de la vacuna(s) y doy consentimiento para SCPHD para dar las vacunas a la persona que aparece arriba.
 _____ Se me ha proporcionado una copia del aviso de prácticas de privacidad del Distrito de Salud Pública de Sur Central (SCPHD)
 _____ También entiendo que soy responsable de todos los pagos de los servicios no cubiertos por mi seguro médico.
 _____ Autorizo la divulgación de información médica necesaria para procesar reclamos médicos y autorizar el pago de los beneficios a SCPHD. Esto incluye pero no se limita a Medicaid, Medicare y los seguros médicos privados
 _____ Entiendo que las vacunas no son obligatorias y pueden ser rechazadas por motivos religiosos o de otro tipo.
 _____ Se me ha dado una copia de la Declaración de Información de Vacuna (s) para la vacuna(s) siendo dado hoy. (Más información sobre la vacuna (s) está disponible.)

X _____ Firma Fecha

* IRIS matriculación *

Tenga en cuenta que todos los registros de inmunización serán introducidos al sistema de IRIS (Sistema de Información de Inmunización Recordatorio) a partir del 1 de julio de 2010. La participación en el registro de vacunación es voluntaria. Para que sus archivos sean eliminados del sistema de IRIS, debe comunicarse con el Programa de Inmunización de Idaho al (208) 334-5931 y pregunte por una forma de eliminación

FOR OFFICE USE ONLY

SMST _____	FLU _____
Lot# _____	Pneumonia: _____
Nurse Initials: _____	Nurse Initials: _____

Reglas Financieras

La meta de nuestra clínica es de proveerle con cuidado de salud de calidad a un precio razonable. El Distrito Sur Central de Salud Pública (SCPHD) no es una clínica gratuita. Tenemos un número limitado de honorarios disponibles en una escala móvil basada en los ingresos y el tamaño de familia. Para poder mantenernos a un precio razonable, dependemos de que usted haga pagos a tiempo por los servicios y abastecimientos. En un esfuerzo para lograr esto, hemos implementado un acuerdo financiero. Este acuerdo financiero es la responsabilidad de todos nuestros clientes.

ACUERDO FINANCIERO

Lo que esta a continuación es el acuerdo financiero, el cual pedimos que lea y firme antes de recibir tratamiento.

- Se espera un pago total al momento de recibir el servicio, incluyendo medicinas
EXCETO: Ofrecemos un plan de pago aprobado con anticipación
- Aceptamos pago en efectivo, cheques, algunas tarjetas de crédito, Medicaid y seguro médico privado.
- Se agradecen donaciones por todos los servicios.
- No se le niegan servicios a nadie que reciben vacunas para los niños (VFC) debido a la incapacidad de pago.
- El balance de se cuenta no le afecta papa poder seguir recibiendo servicios.
- Su cuenta puede ser enviada a una agencia de colección de pago si el pago no ha sido recibido 120 días después del primer cobro y estado de cuenta de esta agencia.
- Podemos ajustar su cuenta para corregir cualquier error de facturación encontrada después del tiempo de servicio.

ACERCA DE SU ASEGURANZA MÉDICA

- Todos los clientes deben completar un Acuerdo Financiero antes de recibir servicios. Por favor presente su seguro médico y/o Medicaid al registrarse.
- SCPHD facturara a su compañía de seguro para usted, y el pago puede venir directamente a SCPHD
- Actualmente no estamos participando en cada Plan de Proveedores disponible. Usted puede utilizar nuestros servicios, pero le recomendamos que consulte con su compañía de seguros sobre que servicios están cubiertos
- Ya sea que su seguro pague o no, el balance de la cuenta es responsabilidad suya.
- Si su compañía de aseguraza no paga la cuenta en un tiempo razonable, el balance será transferido automáticamente a su plan de pago.
- Por favor este consciente que algunos o talvez todos los servicios que sean proveídos, no estén cubiertos o no sean considerados razonables o necesarios bajo su programa de seguro médico.
- No se puede garantizar la confidencialidad, puede suceder que cobros de seguro sean enviados a los padres guardián o esposo(a)- quienes talvez sean poseedores del seguro medico.
-

Nombre

Relación con cliente

Nombre

Relación con cliente

He leído la regla financiera. Entiendo y estoy de acuerdo con esta regla. También entiendo que soy responsable por los servicios no cubiertos por Medicaid y seguro medico. Yo autorizo que se de a conocer la información médica que sea necesaria para procesar demandas médicas y autorizo pago de beneficios al SCPHD Suroeste.

Firma

Fecha