



Enfermera visitante Asociación de GREATER St. Louis Vna
Consentimiento para tratar/asignación/liberación

Información del paciente																													
First Name								MI	Last Name																				
Address Number								Street Name							Sex M/F														
City										State		Zip Code																	
Age		Date of Birth			Area Code			Phone Number																					
Correo electrónico (opcional)																													
Race: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> African American/Black <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian American <input type="checkbox"/> Two or More Races																													
Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Latino																													
<input type="checkbox"/> Copy of Insurance Card <input type="checkbox"/> Cash <i>(se debe adjuntar la copia de la tarjeta)</i> <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield <input type="checkbox"/> Cigna <input type="checkbox"/> Coventry <input type="checkbox"/> HealthLink <input type="checkbox"/> Humana <input type="checkbox"/> Medicaid (Circle One): Missouri HealthNet/Missouri Care/Homestate/UHC of Midwest <input type="checkbox"/> Uninsured																													
Estatus de elegibilidad de VFC (Seleccione uno): <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> no seguro de salud <input type="checkbox"/> Amargo Indio/nativo de Alaska																													
Nombre del suscriptor: _____ Suscriptor DOB: ____/____/____ Relación: _____																													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">Seguro Número de identificación</td> <td style="width:10%;"></td> </tr> </table>															Seguro Número de identificación														
Seguro Número de identificación																													
Vacunas su niño puede Reciba																													
Tdap (Tetanus-Diphtheria-Pertussis)							Meningococcal																						
Reconocimiento de historial médico																													
No hay reacciones alérgicas severas a los componentes de la vacuna o látex. (Nota: los frascos de la multi-dosis contienen tiomersal.) ● no está moderadamente enfermo o tiene fiebre. ● Ha escrito la aprobación del MD si está embarazada. ● Los inmunocomprometidos o los que están recibiendo cualquier terapia inmunosupresora pueden no tener la respuesta inmune esperada. ● Para Tdap: no hay antecedentes de convulsiones u otro problema del sistema nervioso, Severe dolor o hinchazón después de cualquier vacuna que contenga difteria, tétanos o tos ferina o síndrome de Guillain-Barré (GBS)																													
Divulgación de información																													
Autorizo a VNA a que libere todos los registros e información concerniente a mi vacunación a mi Escuela, a cualquier otro pagador de terceros, a cualquier otro proveedor de servicios de salud y a cualquier agencia gubernamental federal o estatal, a los efectos de requiriendo la prueba, obtener el pago o facilitar el cumplimiento de la ley.																													
Asignación de beneficios																													
Reconozco que VNA Puede No Ser un proveedor para mi seguro y Puede no presentar una reclamación por reembolso. También reconozco que, incluso con un recibo pagado, es posible que no se garantice el reembolso. Acepto pagar la (S) cantidad (es) no pagada o si mis cargos son denegados por cualquier razón. Acepto pagar todos y cada uno de los gastos de cobro incluyendo honorarios de abogado y costos de la corte, si esta cuenta es enviada a un bufete de abogados externo o agencia para cobros.																													
Reconocimiento																													
He leído y me han ofrecido a recibir una copia de la declaración de información sobre vacunas (Tdap Vis (Rev. 2/24/15) y el VIS meningocócica (Rev. 3/31/16) antes de mi vacunaciones. Entiendo todos los riesgos y beneficios involucrados y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. ● Acepto permanecer en el área general durante 15 minutos después de recibir mi vacunación para asegurarme de que no se produzcan reacciones inmediatas. Entiendo que si experimento algún efecto secundario, será mi responsabilidad seguir con mi médico a costa mía. Las reacciones locales pueden incluir enrojecimiento, hinchazón o dolor en el lugar de la inyección. Las reacciones generales pueden incluir fiebre, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, diarrea, bOdy dolores y Erupción. Las reacciones graves pueden incluir Guillain-Barré Síndrome, dolor severo del hombro. La lista de reacciones no es todo incluido, refiérase a vis. ● I por este medio libere y sostenga Inofensivo Visiting Nurse Associates en el gran St. Louis, su personal, agentes, sucesores, divisiones, filiales, subsidiarias, oficiales, directores, contratistas, Voluntarios y empleados, de cualquier y todos los pasivos o reclamaciones ya sean conocidas o desconocidas que surjan de, o en relación con, o en cualquier forma relacionada con la administración de la o las vacunas enumeradas arriba.																													
Consentimiento para recibir la vacuna																													
He leído este CONSENT y autorizo a VNA a dar el seleccionado Vacunas a mí o a la persona mencionada anteriormente para la cual estoy autorizado a firmar.																													
_____ / _____ / _____ X _____ / _____ Fecha firma de la persona, padre o tutor legal que recibe la vacuna/relación con el paciente																													
Sólo para uso clínico. No escriba debajo de esta línea.																													

iNiciales He leído y me han ofrecido recibir una copia del aviso de prácticas de privacidad antes de los servicios, y he tenido la oportunidad de hacer que mis

ID clínica #

*VIS: TDap (Rev. 2/24/15), Meningococcal (Rev. 3/31/16)

* **Parents - Fill Out Shaded Portions**

Over
314-918-7171



Sólo para uso clínico

Nombre de los pacientes: _____

Fecha de nacimiento:

Medical Questions:

Is patient pregnant? Yes or No

Is child running a fever today? Yes or No

Tdap Route IM Body Site RD LD Dose 1 Lot Given: _____
GskBoostrix)

VNA de la enfermera firma _____

Fecha:

Enfermera de la escuela: _____

para verificar que las vacunas son

necesarias

Meningococcal Route IM Body Site RD LD Dose 1 2 3 Lot Given: _____
GskMenveo)

VNA de la enfermera firma _____

Fecha:

Enfermera de la escuela: _____

para verificar que las vacunas son

necesarias