

INFLUENZA VACCINE INTAKE FORM - SPANISH

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido		Primer nombre		Inicial segundo nombre
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento		Servicio Militar de EE.UU. (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> En servicio actual <input type="checkbox"/> Dado de baja
Dirección		Ciudad		Estado
				Código postal
				Condado
Teléfono de la casa () () ()	Teléfono del trabajo () () ()	Teléfono celular () () ()	Correo electrónica	
Estado civil (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado		Idioma primario hablado: <input type="checkbox"/> Inglés Limitado		Relación del paciente con la persona responsable (<input checked="" type="checkbox"/> uno) <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Padre de crianza
Genero (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino/Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino/Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar				
Orientación Sexual (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Lesbiana/homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana/homosexual) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sé				
Raza (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Asiático de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro nativo de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indocumentado				
Etnicidad (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano				
¿Es usted un trabajador migrante o miembro de la familia de un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Cuanto es su ingreso anual? <input type="checkbox"/> \$0-\$12,490 <input type="checkbox"/> \$12,491-\$15,614 <input type="checkbox"/> \$15,615-\$18,735 <input type="checkbox"/> \$18,736-\$21,858 <input type="checkbox"/> \$21,859-\$24,980 <input type="checkbox"/> \$24,981 & UP Cuantas personas (incluyendo usted) se mantienen de sus ingresos?				
Contacto en caso de emergencia		Teléfono () () ()		Relación con el paciente
INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (persona FINANCIERAMENTE responsable de su cuenta)				
Apellido		Primer nombre		Inicial segundo nombre
Dirección de la calle		Ciudad		Estado
				Código postal
				Condado
Teléfono de la casa () () ()	Teléfono del trabajo () () ()	Teléfono celular () () ()	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
COMPAÑÍA DE SEGUROS – INCLUYENDO MEDICAID				
Seguro primario		Núm. de ID		Núm. de grupo
				Dirección de la compañía de seguros
Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento		Empleador del asegurado
Relación con la persona responsable: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Padre de crianza				
Seguro secundario		Núm. de ID		Núm. de grupo
				Dirección de la compañía de seguros
Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento		Empleador del asegurado
Relación con la persona responsable: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Padre de crianza				
Cesión y divulgación: Autorizo que mis beneficios de seguros se paguen directamente a PanCare Health. También autorizo a PanCare Health a revelar cualquier información que se requiera para procesar esta reclamación.				
FIRMA: _____			FECHA: _____	

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Apellido Primer nombre Inicial media

Complete la siguiente información si desea recibir la vacuna contra la influenza de PanCare of Florida, Inc.

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:	Si	No	No Se
1- ¿Se siente enfermo(a) hoy?			
2- ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a los huevos? Si es así, como precaución, es recomendable que no reciba la vacuna contra la influenza hasta que haya consultado a su proveedor de atención médica.			
3- ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna contra la influenza?			
4- ¿Ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal severa) dentro de las 6 semanas posteriores a recibir la vacuna contra la influenza?			
5- ¿Es usted alérgico(a) al látex?			
6- ¿Está embarazada o amamantando? Si es así, consulte a su proveedor de atención médica.			
7- ¿Tiene algún trastorno hemorrágico (hemofilia o trombocitopenia) o está tomando terapia anticoagulante?			
8- ¿Es alérgico al timerosal (un conservante) además de la sensibilidad a los lentes de contacto?			
9- ¿Ha recibido alguna vez una vacuna contra la influenza?			

Declaración de consentimiento y divulgación

He leído o me han explicado la información anterior y he recibido una copia de la Declaración (es) de información para la vacuna contra la influenza. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza y pido que me administren la vacuna.

 Firma de la paciente (padre o tutor, si es un menor) _____
 Fecha

 Nombre impreso del paciente/representante legal

Manufacturer: _____	Lot #: _____	Expires: _____
Site: <input type="checkbox"/> L Deltoid <input type="checkbox"/> R Deltoid		Dose: _____ ml
Signature: _____		Date: _____